

Sorg og tap av barn

Etterlatte foreldres opplevelse av et partilbud

Lise Maren Aaberg



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

April 2011

Sammendrag

Forfatter: Lise Maren Aaberg

Tittel: Sorg og tap av barn. Etterlatte foreldres opplevelse av et partilbud.

Veileder: Odd Arne Tjersland

Oppgaven omhandler etterlatte foreldres opplevelse av et partilbud som tilbys på et familievernkontor i Oslo. Studien er basert på kvalitative intervjuer med psykologen som leder tilbudet og fem par som har benyttet seg av terapien. Forfatteren har selv utformet studien og har selv gjennomført intervjuene, samt transkribert og analysert disse i henhold til fenomenologiske forskningsmetoder. Målet med undersøkelsen var å få en forståelse av hvordan deltakerne hadde opplevd det aktuelle tilbudet, samt hvordan de hadde opplevd den oppfølgingen de hadde fått i tiden etter tapet generelt i lys av dette. I undersøkelsen kom det frem at majoriteten av parene opplevde at de hadde dratt god nytte av tilbudet. Relasjonen til terapeuten trekkes fram som spesielt betydningsfullt for dette, i tillegg til at fokus i terapien hadde vært på parforholdet. Det at terapeuten hadde referert til egne erfaringer i terapien ble omtalt som spesielt viktig for relasjonen, da dette hadde bidratt til en følelse av at terapeuten forsto hvordan klientene hadde det, at han brydde seg og at han ville klientenes beste. Deltakerne opplevde også at det var visse ting det var lettere å snakke om i den aktuelle terapien enn i andre forum. I tillegg kom det fram informasjon som peker på noen behandlingsmessige utfordringer i forbindelse med den oppfølgingen deltakerne hadde mottatt generelt. Det å få tilbud om oppfølging mye tidligere i sorgprosessen er noe samtlige par etterspør, og spesielt også at helsepersonell tar initiativet til kontakt slik at de etterlatte slipper å ringe rundt selv for å få informasjon og annen hjelp.

Innhold

INNLEDNING	4
TEORI OM SORG	5
UTVIKLINGEN AV FORSKNING PÅ SORG	8
TAP AV BARN	14
SORGBEHANDLING	21
METODE	29
KVALITATIV METODE	30
FORSKNINGSPROSESSEN	32
ANALYSER	37
RESULTATER	40
FØR TERAPIEN	41
TERAPIPROSESSEN	46
ETTER TERAPIEN	54
DISKUSJON	58
TILBUD OM OPPFØLGING TIL ETTERLATTE FORELDRE	58
FORHOLDET TIL DEN SOM SKAL HJELPE	62
TAP AV BARN OG PARFORHOLD	64
FORSKNINGENS BIDRAG TIL FORSTÅElsen AV ETTERLATTE FORELDRES BEHOV I SORGEN	66
KONKLUSJON	68
REFERANSER	69
VEDLEGG	I
APPENDIKS A: FORESPØRSEL OM DELTAKELSE OG SAMTYKKEERKLÆRING	I
APPENDIKS B: INTERVJUGUIDE TERAPEUT	III
APPENDIKS C: INTERVJUGUIDE KLIENTER	IV
APPENDIKS D: OPPSUMMERENDE TABELL FOR ET INTERVJU	VI

Innledning

I denne oppgaven vil jeg redegjøre for den kunnskapen som i dag foreligger på sorgfeltet, og videre beskrive en undersøkelse som tar for seg hvordan par som benytter seg av et samtaletilbud rettet mot etterlatte foreldre opplever dette. Jeg ble interessert i temaet sorg og tap av barn etter å ha tilbrakt hovedpraksis på et familievernkontor i Oslo, der det drives et spesifikt partilbud for foreldre som har opplevd å miste barn. Etter samtale med terapeuten som driver dette valgte jeg å utforme denne studien.

Jeg ønsket hovedsakelig å se nærmere på hvilke opplevelser parene satt igjen med etter å ha benyttet seg av det aktuelle tilbudet, og hvordan klientene opplevde dette i lys av den oppfølgingen de hadde mottatt i tiden etter tapet som helhet. To forskningsspørsmål ble formulert:

- Hvilke opplevelser sitter parene igjen med etter å ha benyttet seg av partilbudet?
- Hvordan opplever parene det aktuelle tilbudet i lys av den generelle oppfølgingen de har fått i sorgen?

Forskningsspørsmålene belyses gjennom utsagn fra kvalitative intervjuer med fem par som har benyttet seg av tilbudet. Selv om funnene i denne undersøkelsen ikke vil være generaliserbare på grunn av det begrensede utvalget, vil det likevel være mulig å se noen tendenser i det deltakerne forteller om sine opplevelser, og kanskje kan disse danne utgangspunkt for hypoteser som kan ligge til grunn for videre forskning.

Jeg vil i oppgavens første kapittel presentere en oversikt over den kunnskapen som foreligger på sorgfeltet, både om sorg og sorgbehandling generelt og om tap av barn spesielt. Her vil flere perspektiver på sorg belyses, og det redegjøres for hva som er vanlig praksis i forbindelse med oppfølgingen av etterlatte foreldre i dag. Videre følger et metodekapittel der det redegjøres for framgangsmåte i utarbeidelse og gjennomføring av undersøkelsen, samt analysene av materialet. Resultatene av disse presenteres så i et eget kapittel, og diskuteres i oppgavens siste del.

Teori om sorg

I den engelskspråklige litteraturen skilles det gjerne mellom begrepene ”grief” og ”mourning”. Stroebe, Hansson, Schut og Stroebe (2008) definerer ”grief” som den affektive reaksjonen på tapet av en nærstående person i døden, og understreker at dette er en normal og naturlig reaksjon på tap selv om det symptomatiske bildet vil variere betydelig fra person til person og på tvers av kultur og tid. De definerer ”mourning” som sorgens offentlige uttrykk, og mener med dette sosiale uttrykk og handlinger som uttrykker sorg og som er formet av de overbevisninger og handlemåter som er gjeldene innenfor et gitt samfunn eller en kulturell gruppe. Worden (2010) definerer i likhet med Stroebe et al. (2008) ”grief” som den subjektive opplevelsen av det å miste noen i døden, og bruker ”mourning” til å referere til den individuelle prosessen som følger etter slike tap.

Da distinksjonen mellom ”grief” og ”mourning” ikke finnes på samme måte i det norske språk har jeg i denne oppgaven valgt å benytte meg av begrepet sorg som ekvivalent til Wordens (2010) definisjon av ”grief”, og sorgprosess som ekvivalent til hans definisjon av ”mourning”. Begge disse begrepene vil altså referere til både den affektive reaksjonen på tap og til måten denne kommer til uttrykk på, da jeg ikke ser det som hensiktsmessig å skille mellom disse. Som Stroebe et al. (2008) også påpeker vil ”grief” kunne påvirke ”mourning”, og ”mourning” vil tilsvarende kunne påvirke ”grief”. Det som i den engelske litteraturen defineres som ”bereavement” og som referer til den objektive situasjonen av å miste en nærstående person i døden (Stroebe et al., 2008), vil jeg i det følgende omtale som tap.

Normal og komplisert sorg

Worden (2010) kategoriserer det han kaller for normale reaksjoner på sorg inn i fire grupper: følelser, fysiske fornemmelser, kognisjoner og atferd. Han mener at de aller fleste som er i sorg vil oppleve i hvert fall noen og sannsynligvis de aller fleste av disse fenomenene. Under normale følelsesreaksjoner kommer tristhet, sinne, ensomhet, angst, hjelpeløshet, utmattethet, skyldfølelse, sjokk, lengting, fristillelse, lettelse, nummenhet og bebreidelser. Fysiske fornemmelser kan innebære en følelse av at hals og bryst snører seg, oversensitivitet overfor lyd, en hul følelse i magen, tørr munn, mangel på energi, muskelsvakhet, kort pust og en følelse av depersonalisering. Vanlige kognisjoner er mistro, forvirring og konsentrasjonsproblemer, hallusinasjoner, en følelse av avdødes nærvær og en veldig

opptatthet av den døde, og atferd som forstyrrelser i søvn og appetitt, fraværende atferd, sosial tilbaketrekning, drømmer om den døde, sukking, hyperaktivitet, leteatferd, gråt, og unngåelsesatferd eller oppsøkende atferd i forbindelse med steder, personer eller gjenstander som minner om avdøde er å regne som normal. Worden understreker at alle som jobber med sorg må være klar over det brede spekteret av følelser og atferd som faller inn under beskripsjonen av normal sorg, og at det er viktig å ikke patologisere atferd som er normal. En rekke faktorer kan imidlertid bidra til å komplisere sorgen. Worden (2010) lister i sin sorgmodell syv faktorer som virker medierende på sorgprosessen. Gruppert kan disse oppsummeres til å omhandle relasjonelle faktorer, sirkumstansielle faktorer, historiske faktorer, personlighetsfaktorer og sosiale faktorer. Disse beskrives nærmere under redegjørelsen for denne modellen.

Stroebe et al. (2008) definerer normal sorg som en emosjonell reaksjon på tap av en nærstående person, hvor reaksjonen faller innenfor forventede normer om varighet og intensitet ut i fra omstendighetene rundt og konsekvensene av dødsfallet. Komplisert sorg vil følgelig forventes å være tilfeller av sorg der de emosjonelle reaksjonene faller utenfor forventede normer om varighet og intensitet. Hva de forventende normene er og hvor et eventuelt cut-off point for intensitet skal settes er imidlertid ikke avklart (Stroebe et al., 2008).

I den fjerde utgaven av "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-IV) omtales tap som et eksklusjonskriterie for andre diagnoser, og fokuset er på depressive symptomer på sorg som psykomotorisk retardasjon, følelse av verdiløshet, overdreven skyldfølelse og tanker om døden i etterkant av tapet av en nærstående person. Klinikere rettleides til å diagnostisere etterlatte med major depressive disorder (MDD) dersom de fortsatt opplever de spesifiserte depressive symptomene to måneder etter tapet (Prigerson, Vanderwerker & Maciejewski, 2008). Feliciano & Areán, (2007) understreker at det er viktig å skille mellom depressive lidelser og tristhet og nedstemthet som skyldes sorg og tap av en man holder kjær, og som således er normale reaksjoner.

I likhet med depressive lidelser er forstyrrelser i søvn og appetitt vanlig i forbindelse med sorg, i tillegg til kognitive symptomer som konsentrasjons- og hukommelsesvansker (Feliciano & Areán, 2007). I en sorgreaksjon vil man imidlertid ikke finne det samme tapet av selvfølelse som i depressive lidelser, og dersom tap av selvfølelse foreligger er dette vanligvis bare for en kort periode. Skyldfølelse er også en vanlig reaksjon på tap og sorg, men denne

skyldfølelsen er vanligvis knyttet til konkrete aspekter ved tapet, og ikke til en generell følelse som i depresjon (Worden, 2010). Andre symptomer som skiller depresjon fra sorg er tanker om døden utover følelsen av at personen hadde hatt det bedre om han eller hun døde eller hadde dødd sammen med den avdøde, morbid opptatthet av verdiløshet, markert psykomotorisk retardasjon, markert og forlenget funksjonssvekkelse, og hallusinatoriske opplevelser utenom forbigående opplevelser av å høre stemmen til eller se avdøde (Worden, 2010).

Prolonged Grief Disorder

De fleste forskere har generelt vært noe motvillige til å dra et skille mellom normal og komplisert sorg (Stroebe et al., 2008). Likevel finnes det argumenter for at et slikt skille vil være nyttig. Det foreligger i dag et forslag til en komplisert sorgdiagnose, kalt Prolonged Grief Disorder (PGD), for de nye revisjonene av de diagnostiske systemene DSM og ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). PGD er foreslått som en diagnostisk kategori for å klassifisere etterlatte som viser markert og vedvarende dysfunksjon relatert til prosessering av tap (Rubin, Malkinson & Witztum, 2008), noe som vil gjelde en betydelig minoritet anslått til 10 % - 15 % av etterlatte (Bonanno, Boerner & Wortman, 2008). Tabell 1 viser de foreslåtte kriteriene for en PGD diagnose.

Tabell 1. Foreslåtte kriterier for prolonged grief disorder i DSM-V og ICD-11.

Category	Definition
A.	<u>Event:</u> Bereavement (loss of a significant other)
B.	<u>Separation distress:</u> The bereaved person experiences yearning (e.g., craving, pining, or longing for the deceased; physical or emotional suffering as a result of the desired, but unfulfilled, reunion with the deceased) daily or to a disabling degree.
C.	<u>Cognitive, emotional, and behavioral symptoms:</u> The bereaved person must have five (or more) of the following symptoms experienced daily or to a disabling degree:
	1. Confusion about one's role in life or diminished sense of self (i.e., feeling that a part of oneself has died)
	2. Difficulty accepting the loss
	3. Avoidance of reminders of the reality of the loss
	4. Inability to trust others since the loss
	5. Bitterness or anger related to the loss
	6. Difficulty moving on with life (e.g., making new friends, pursuing interests)
	7. Numbness (absence of emotion) since the loss
	8. Feeling that life is unfulfilling, empty, or meaningless since the loss
	9. Feeling stunned, dazed or shocked by the loss
D.	<u>Timing:</u> Diagnosis should not be made until at least six months have elapsed since the death.
E.	<u>Impairment:</u> The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (e.g., domestic responsibilities).
F.	<u>Relation to other mental disorders:</u> The disturbance is not better accounted for by major depressive disorder, generalized anxiety disorder, or posttraumatic stress disorder.

doi:10.1371/journal.pmed.1000121.t003

Det første kriteriet (A-kriteriet) i dette forslaget er kriteriet om at det må foreligge et tap (Prigerson et al., 2009). Per i dag er PTSD den eneste diagnosen i DSM som forutsetter en etiologisk hendelse, nemlig eksponering for en traumatisk hendelse. Den foreslåtte PGD diagnosen er lik PTSD i det at en diagnose ikke kan settes dersom et opplevd tap ikke går forut for symptomene, uavhengig av symptombylde (Rubin et al., 2008). I B-kriteriet vektlegges kronisk lengsel etter avdøde. Den etterlatte opplever hjertesorg daglig, eller i en slik grad at den virker forstyrrende. Den etterlatte må også oppleve minst fem av ni andre symptomer daglig, eller til en slik grad at de er plagsomme og forstyrrende (C-kriteriet). Disse er: forvirring rundt hvilken rolle man har i livet eller svekket selvbilde, vanskeligheter med å akseptere dødsfallet, unngåelse av påminnelser om tapets realitet, manglende evne til å stole på andre, bitterhet eller sinne knyttet til dødsfallet, vanskeligheter med å gå videre i livet, opplevelse av nummenhet (i form av fravær av emosjoner) siden tapet, følelse av at livet er tomt eller meningsløst etter dødsfallet, og følelse av å være overveldet eller i sjokk over tapet. Det spesifiseres at en diagnose ikke skal settes dersom det har gått mindre enn seks måneder siden tapet (D-kriteriet). I tillegg må plagene forårsake markert og vedvarende forstyrrelse i sosiale, yrkesmessige og/eller andre viktige funksjonsområder (E-kriteriet), og må ikke kunne redegjøres for på en bedre måte gjennom diagnosene MDD, generell angstlidelse eller PTSD (Prigerson et al., 2009).

I sorgens første måneder vil mange av symptomene på normal sorg ligne de man finner i PGD. De fleste etterlatte vil imidlertid ha nådd en eller annen form for aksept av tapet, begynt å se lysere på fremtiden, og være i stand til å engasjere seg i arbeid og fritidsaktiviteter igjen i løpet av de seks første månedene etter tapet (Prigerson et al., 2008). Den etterlattets selvtilitt og følelse av kompetanse har i de aller fleste tilfeller ikke blitt alvorlig affektet av tapet, og de fleste vil etter en viss tid være i stand til å finne en eller annen form for mening og hensikt i livet, opprettholde relasjoner med andre og utvikle nye relasjoner. De fleste synes å tilpasse seg tapet på egenhånd, og de aller fleste tap involverer ingen patologiske reaksjoner (Prigerson et al., 2008).

Utviklingen av forskning på sorg

De fleste historiske oppsummeringer av teoretiske ideer om sorg begynner med Freuds (gjengitt i Archer, 2008) "Mourning and Melancholia" fra 1917/1957, som var den første systematiske analysen av tap og sorg. Her har sorg en spesifikk funksjon, nemlig å løse tanker og følelser fra den døde slik at den etterlatte kan gå videre i livet sitt. Dette kan kun oppnås

gjennom en aktiv prosess (senere omtalt som sorgarbeid), der tilknytningen til avdøde må opphøre gjennom konfrontasjon av minner og tanker som assosieres med tapet. Freud mente at patologisk sorg var et resultat av enten unngåelse av sorgarbeid, eller motstridende følelser rundt den avdøde.

På 1950-tallet begynte forskningen å ta fatt på en mer systematisk dokumentasjon av sorgs manifestasjon og varighet. På denne tiden var fokuset hovedsaklig på det sørgende individet, og perspektivet var intrapersonlig framfor interpersonlig (Stroebe et al., 2008). Selv om flere omfattende og interessante studier ble gjennomført på 1950-tallet kommer det største og mest vedvarende bidraget fra Bowlbys (gjengitt i Archer, 2008) forskningsartikler og bøker om sorg og tilknytning. Bowlby la i likhet med Freud vekt på betydningen av sorgarbeid, og hadde en lignende forståelse av patologiske former for sorgs natur og opphav. Han mente i tillegg at sorg var en prosess som beveget seg progressivt gjennom fire faser, der den etterlatte beveger seg fra en akutt sjokktilstand med benekting, via en erkjennelsesprosess, til en fremtidsrettet aksept og reorganisering. Bowlbys viktigste bidrag har imidlertid vært å introdusere et tilknytningsperspektiv på sorg og tap. Dette beskrives nærmere under redegjørelsen av tilknytningsteori.

Flere modeller som anså sorg som en prosess bestående av stadier, faser eller oppgaver som den etterlatte måtte gå gjennom ble utviklet i kjølvannet av Bowlbys teori (Worden, 2010), og på slutten av 1900-tallet hadde stadieteorier begynt å etablere forskeres forståelsesramme for hvordan sorgprosessen utartet seg. Vanlige antakelser var nå at sorg avtar etter hvert som tiden går, og at sorgprosessen følger et progressivt løp gjennom en rekke stadier (Weiss, 2008). Etter hvert som empirien på området vokste ble imidlertid stadieteoriene gjenstand for en del kritikk, og man har i dag gått mer og mer bort fra en slik tankegang. Ikke alle etterlatte viser tegn på å gå gjennom stadier eller oppgaver, og rekkefølgen på stadiene og lengden på oppholdet innenfor de ulike stadiene varierer fra individ til individ (Archer, 2008). Antagelsen om en inndeling i stadier forutsetter dessuten mer interkorrelasjon av forskjellige sorguttrykk enn man finner empirisk. Disse funnene har bidratt til at det i dag er økt enighet om at bruk av stadiekonseptet kan oppfordre til upassende forventninger hos etterlatte til hvordan en sorgprosess skal utarte seg (Weiss, 2008).

Forskning på sorg har i de siste årene hovedsakelig konsentrert seg om konsekvenser av sorg (fysisk og psykisk helse, samfunnskostnader), mestringsstrategier og forsøk på å etablere

effekten av intervensjonsprogrammer med bruk av kontrollgrupper. Kognitiv stressteori og tilknytningsteori har spesielt hatt innflytelse på området (Stroebe et al., 2008). Tidligere antakelser har blitt utsatt for empirisk testing, det har blitt jobbet mer med teoretisk integrering og vi har i dag blant annet også tilgang på mål av ulike egenskaper i forkant av tap gjennom longitudinelle studier og statistiske avanseringer (Stroebe et al., 2008). De vanligste perspektivene på sorg redegjøres for i det følgende.

Tilknytningsteori

Tilknytningsteori har blitt benyttet til å belyse sorgprosessen helt siden Bowlby (gjengitt i Mikulincer & Shaver, 2008) publiserte "Loss: Sadness and Depression" i 1980. Gjennom sin triologi som omhandler tilknytning og tap har han kastet lys over de emosjonelle båndene til tilknytningsfigurer og de sterke emosjonelle reaksjonene på separasjon og tap av disse. I tillegg til å forklare tilknytning og sorg innenfor en felles teoretisk ramme, har han også gjort rede for individuelle forskjeller i reaksjoner på tap og adskillelse og i funksjonelle og dysfunksjonelle former for tapsrelatert sinne, angst og tristhet. Teorien er basert på Bowlbys observasjoner i klinisk praksis, der han la merke til at sorg syntes å oppleves og håndteres forskjellig av personer som viste tegn på å ha ulike tilknytningsstiler, klassifisert inn i typene trygg, engstelig eller unngående tilknytningsstil. Bowlbys ideer var fundamentert i hans bakgrunn som psykoanalytiker, men de var utformet på en mer konkret og verifiserbar måte enn tidligere psykoanalytiske teorier da han i stor grad benyttet seg av forskningslitteraturen i utviklingen av sin teori. Det foreligger i dag støtte for flere av de psykodynamiske prosessene Bowlby gjorde rede for, både gjennom eksperimentell forskning og kliniske observasjoner, og tilknytningsperspektivet er i dag godt forankret i klinikers forståelse og behandling av sorg (Mikulincer & Shaver, 2008).

Tilknytningsperspektivet ser på sorg som et resultat av at tilknytningsbånd brytes gjennom dødsfall. Sunne tilknytningsbånd og trygg tilknytning vil i de fleste tilfeller resultere i en normal sorgprosess. Mindre sunne bånd kan føre til følelser av sinne og skyld når båndet brytes, og individer med utrygg tilknytning vil ofte ha større vanskeligheter med å tilpasse seg tapet og høyere risiko for å utvikle kompliserte sorgreaksjoner (Worden, 2010). Teorien har blitt modifisert i senere år som et resultat av empirisk forskning, men Bowlbys opprinnelige konsepter er fortsatt generelt aksepterte.

”Tasks of Mourning”

Worden (2010) har utviklet en sorgmodell som består av fire ulike oppgaver den sørgende må løse, og som også tar høyde for faktorer som virker medierende inn på sorgprosessen.

Oppgavene trenger i følge Worden ikke å bli løst i noen spesiell rekkefølge, selv om noen føringer for forløpet ligger implisitt i definisjonen av dem. Modellen er likevel mer fleksibel enn stadieteorier da man kan jobbe med flere oppgaver på samme tid, eller gå tilbake og jobbe med oppgaver man har jobbet med tidligere. Worden påpeker også at ikke alle dødsfall vil stille like store krav til å løse de ulike oppgavene. De fire oppgavene innebærer å akseptere realiteten av tapet, å prosessere sorgens smerte, å tilpasse seg en verden uten avdøde og å finne en vedvarende forbindelse med den avdøde samtidig som man skal gå videre i livet.

Worden (2010) understreker at det selv innenfor det som kan klassifiseres som normal sorg er store individuelle forskjeller i hvordan denne kan komme til uttrykk. For noen er sorg en intens opplevelse, mens den for andre vil være mildere. For noen begynner sorgen i det øyeblikket de får høre om tapet mens sorgen hos andre først vil tre i kraft senere, og for noen er sorgprosessen relativt kortvarig mens den for andre kan synes å vare evig (Worden, 2010). For å forstå hvorfor folk håndterer de fire sorgoppgavene på forskjellige måter er det i følge Worden viktig å forstå hvordan oppgavene medieres av forskjellige faktorer. Han definerer syv slike medierende faktorer. Den første faktoren som virker inn på sorgprosessen er hvem den avdøde var. Med dette mener han hvilket forhold man hadde til avdøde og hvilken rolle vedkommende hadde i den etterlattes liv. Han peker blant annet på at sorgen over tapet av et barn vil være annerledes enn tapet av en besteforelder. Den neste faktoren er tilknytningsbåndet, der styrken på tilknytningen, typen tilknytning, graden av ambivalens i relasjonen, konflikter med den avdøde og avhengighetsforhold antas å virke inn på sorgen. Hvordan personen døde (hvorvidt dødsfallet var naturlig eller et resultat av ulykke, selvmord eller voldelig død) vil også påvirke sorgoppgavene på ulik måte. Andre faktorer som hvorvidt dødsfallet kunne forhindres, hvor nært hjemmet personen døde og graden av forvarsel virker også inn her. Dødsfall som er sosialt stigmatiserte eller ikke anerkjent av omgivelse antas å være vanskeligere å prosessere. Historisk bakgrunn og personlige variabler virker også inn på måten den etterlatte håndterer sorgen på. Under historisk bakgrunn faller tidligere tap, psykisk helsebakgrunn og familierelasjoner, mens personlige variabler omfatter alt fra alder og kjønn til mestringsstil, tilknytningsstil og kognitiv stil. I tillegg kommer sosiale variabler som opplevd støtte, sosial rolleinvolvering, religiøse ressurser og etiske forventninger, og sammenfallende ytre stressfaktorer (Worden, 2010).

Kognitivt stressperspektiv, tospors-modellen og traumeperspektivet

Det kognitive stressperspektivet fokuserer på den kognitive oppfattelsen av påkjennende hendelser og den følgende bruken av mestringsstrategier for å kontrollere de negative effektene av stress. Mestringsstrategiene kan ha til hensikt å unngå eller regulere innvirkningen av et tap, forsøke å endre meningsinnholdet i dette, eller å forsøke å endre omgivelsene for å enten unngå eller opprettholde de mest smertefulle effektene av tapet. I motsetning til i tradisjonelle teorier om sorgarbeid gjøres det ingen antakelser om at noen av disse strategiene nødvendigvis er mer effektive enn andre. Det vil innenfor dette perspektivet være mulig å tenke seg at en unngående mestringsstil kan være hensiktsmessig i visse situasjoner (Archer, 2008).

Tospors-modellen, eller ”dual process model”, er en systematisk anvendelse av dette perspektivet. Den er utviklet av Stroebe og Schut (gjengitt i Worden, 2010) og forsøker å integrere de viktigste trekkene i eksisterende sorgmodeller. Modellen skiller mellom to forskjellige typer påkjenninger ved tap. Den ene typen er tapsorientert, hvor fokus er på selve tapet og tapshendelsen, mens den andre er sekundær og handler om de konsekvenser tapet fører til. De forskjellige typene påkjenninger må mestres på forskjellige måter, og det skjer en veksling mellom mestringsprosesser som er rettet mot den etterlattes styrking av det vedvarende båndet med omverden på den ene siden, og relasjonen til avdøde på den andre siden (Rubin et al., 2008). I den tapsorienterte mestringsprosessen har den etterlatte fokus på tapet og på det som var, og nødvendig tilpasning og endring av den etterlattes liv blir ikke prosessert. Den andre mestringsprosessen er en løsningsorientert prosess. Her fokuserer den etterlatte på konsekvenser og endringer tapet har medført, og hvilke justeringer som må gjøres for å igjen etablere en stabil hverdag (Worden, 2010). I følge Stroebe og Schut (gjengitt i Archer, 2008) kan modeller som fokuserer på sorgarbeid på mange måter beskrives som å bare omhandle de tapsrelaterte mestringsprosessene. I følge tospors-modellen er det å oppleve smerte over tapet kun en del av sorgprosessen, og selv om det å arbeide med å akseptere tapet er sentralt er man også nødt til å fokusere på de følgene tapet bringer med seg.

Traumeperspektivet ser på sorg som en tilstand som involverer et sett reaksjoner tilsvarende de som følger etter andre negative livshendelser, og det fokuseres i stor grad på hvordan slike hendelser utfordrer individets forventninger til verden og livet (Archer, 2008). Johnson (2005) definerer traume som et resultat av eksponering for en stressor som framkaller intens frykt, hjelpeløshet og skrekk, og understreker at dette også kan involvere et traumatisk tap av en

nærstående person. Viktige antakelser er at alle traumer påvirker den rammedes opplevelse av seg selv og verden, og at traumer intensifiserer behovet for beskyttende tilknytningsrelasjoner (Johnson, 2005). Johnson (2005) mener at mennesker som har opplevd traumer trenger et trygt sted å stå, der vedkommende føler seg beskyttet fra nye angrep. Hun påpeker at personer som er i stand til å dele opplevelsen av traumet, og på denne måten prosessere det og utløse støtte og hjelp til å finne mening fra andre, gjør det bedre enn personer som ikke er i stand til dette. Det foreligger i dag en enstemmig og omfattende forskningslitteratur på de positive effektene av sosial støtte for de som har opplevd traume, samtidig som det er bred konsensus om at det å ha mange personer i sine nære omgivelser ikke er nok. I følge Johnson (2005) er relasjoner som virker beskyttende de som innebærer nære tilknytningsbånd, og mangel på slike bånd gjør oss mer sårbare for traumatisk stress.

Det eksisterer fortsatt ingen omfattende forskningsbasert teori som redegjør for måten mennesker i sorg beveger seg fra umiddelbare høye nivåer av lidelse og lavt funksjonsnivå til nivåer som tilsvarer tilstanden før tapet (Archer, 2008). På tross av en relativt lang tradisjon for forskning på risikofaktorer for negative utfall av tap og sorg er det i tillegg fortsatt vanskelig å predikere hvem som vil lide mest og ha mest behov for hjelp med sorgprosessen (Stroebe et al., 2008). Jeg vil i det følgende oppsummere det som i dag er kjent om tap og risiko.

Risikogrupper

At omstendigheter rundt tapsopplevelsen, personlighetsvariabler hos individet og opplevd sosial støtte alle virker inn på sorgprosessen er godt forankret i empirien (Stroebe et al., 2008). Det er funnet noe støtte for at sorgen kan være mer intens i tilfeller der det ikke har vært noen form for forvarsel enn i tilfeller der dødsfallet var mer forventet. I slike tilfeller kan man ikke forbrede seg på tapet, og i etterkant finnes det heller ingen garanti for at en tilsvarende katastrofe ikke vil inntreffe igjen (Weiss, 2008). Flere studier har funnet PTSD reaksjoner i forbindelse med traumatiske dødsfall, slik som selvmord, voldelige dødsfall og dødsulykker (Archer, 2008). Tidligere studier har også ofte vist at etterlatte med depresjon eller annen psykopatologi før tapet har høyere sannsynlighet for å oppleve omfattende sorgreaksjoner. Denne forskningen er imidlertid basert på retrospektive mål, og vi vet i dag at etterlatte som lider av kronisk sorg kan overvurdere de emosjonelle vanskelighetene de hadde før tapet. For å lære mer om risikofaktorer er det et viktig bidrag at forskningen i dag i økende

grad baserer seg på prospektive studier og studier som benytter seg av kontrollgrupper (Bonanno et al., 2008).

Selv om tapet av en nærstående person i seg selv har vist seg å føre til økt risiko for en rekke negative fysiske, psykiske og sosiale utfall, har flere studier funnet at individer som møter de foreslåtte kriteriene for en PGD diagnose har ytterligere høyere risiko for fysisk og psykisk svekkelse (Prigerson et al., 2008). PGD har for eksempel vist seg å blant annet være assosiert med økt risiko for selvmordstanker og forsøk, kreft, immunforstyrrelser, ulike hjertelidelser og hypertensjon (Prigerson et al., 2009).

Det foreligger i dag også en del forskning på ulike undergrupper av tap, som for eksempel tap av barn (Stroebe et al., 2008). Dette er en undergruppe av tap som antas å være mer ødeleggende for de etterlatte enn tapet av andre familiemedlemmer (Murphy, 2008). Johnson (2005) definerer tap av barn som en traumatisk hendelse i seg selv. At et barn dør før sine foreldre er naturstridig, og slike dødsfall er derfor svært vanskelig å forholde seg til og resulter ofte i komplisert sorg (Sandvik, 2007). Sentrale livsantakelser som at verden er et trygt sted å leve og at ting har en mening utfordres kraftig i disse tilfellene (Dyregrov & Matthiesen, 1986). Foreldre som opplever at et barn dør opplever på lik linje med andre etterlatte et tap av det som er og det som har vært, men tapet av fremtiden og det som skulle kommet gjør seg her gjeldene på en helt spesiell måte (Murphy, 2008). Det antas at flere faktorer vil kunne spille inn på foreldres tilpasning til slike tap. Risikofaktorer som har blitt undersøkt i forbindelse med tap av barn er foreldres kjønn, alder og samlivsstatus, selvtillitt, mestringsevne, religiøsitet, sosiale støttenettverk, sammenfallende negative livshendelser og evne til å finne mening i dødsfallet, samt karakteristikker hos barnet som døde som alder, kjønn og type dødsfall (Murphy, 2008).

Jeg vil i det følgende gå nærmere inn på den kunnskapen som i dag foreligger om foreldres sorg ved tap av barn. Forskningen på dette området har hovedsakelig fokusert på tapet av små barn i perinatale dødsfall (dødsfall som inntreffer umiddelbart før eller etter fødsel, definert i Wikipedia (2011) som perioden mellom 20. til 28. svangerskapsuke og 1 til 4 uker etter fødselen), krybbedød, ulykker og sykdom, og på tapet av ungdommer og unge voksne i selvmord og i voldelige og traumatiske dødsfall. Denne oppgaven søker å belyse sorg hos foreldre som har opplevd å miste små barn, her definert som alderen 0-4 år. Tap av større barn, ungdom og unge voksne omtales ikke.

Tap av barn

Hvert år dør rundt 250 barn i dødfødsler i Norge, og i ca. 25 % av disse tilfellene finner man ingen klar årsak til dødsfallet. De fleste dødfødsler skjer i siste tredjedel av svangerskapet, før fødselen starter. Rundt 200 senaborter mellom 12. og 22. svangerskapsuke er registrert årlig de siste årene. I tillegg dør ca. 50 barn i løpet av sin første leveuke (Medisinsk fødselsregister, gjengitt i Hatleskog, 2008). Ytterligere 200 barn dør årlig i løpet av sine fire første leveår, hovedsakelig av sykdom, og i 50-60 % av tilfellene er dødsfallet plutselig og uventet. Et sted mellom 15 og 25 av disse barna dør i krybbedød, der ingen årsaksforklaring er tilgjengelig. Ulykker og plutselig sykdom som virus og bakterielle infeksjoner er også årsak til slike dødsfall (Statistisk Sentralbyrå, gjengitt i Hatleskog, 2008). Når et barn dør under fødselen eller like etterpå, skjer dette ofte under dramatiske omstendigheter (Hatleskog, 2008). Sorgens uttrykk og reaksjoner har mange likhetstrekk enten barnet døde i mors liv, ved fødselen eller i løpet av sine første leveår. Like fullt er disse omstendighetene forskjellige, og kan ha ulike implikasjoner for sorgprosessen (Hatleskog, 2008).

Barns dødsfall er ofte plutselige og alltid for tidlig. Nettverket vet ofte ikke hvordan de skal forholde seg til at et barn dør, og det kan være vanskelig å skape mening i slike tap (Worden, 2010). Klass (gjengitt i Worden, 2010) fant at de som klarte å skape en eller annen form for mening, for eksempel ved å lede en selvhjelpsgruppe for foreldre i lignende situasjoner, gjorde det bedre enn de som ikke kunne finne en slik form for mening i tapet. At et barn dør kan dessuten utfordre foreldrenes følelse av kompetanse, siden en stor del av foreldreoppgaven er å holde barna sine i live, noe som blant annet kan lede til skyldfølelse (Worden, 2010). Etterlatte foreldre kan også føle et behov for å plassere skyld på andre og søke hevn i tilfeller der dødsfallet kunne ha blitt forhindret (Worden, 2010).

Worden (2010) peker på faren for å bruke gjenlevende søsken som en erstatning for det døde barnet, og fraråder foreldre å få et nytt barn før sorgen er ferdig bearbeidet. Han peker også på at søsken står i fare for å bli oversett i tiden etter tapet. At barn også trenger hjelp med sin sorg kan i noen tilfeller være vanskelig for foreldre å se da barn ofte går raskt ut og inn av sorgen (Sandvik, 2007). Barn kan imidlertid også slite med skyldfølelse over noe de har gjort mot eller tenkt om det døde barnet, og kan for eksempel være redde for å leke og ha det gøy når alle er triste (Worden, 2010). Barn vil også kunne reagere på endringene hos mor og far, og som følge av dette bli ekstra krevende eller endre atferd på annen måte (Eriksen, 2003).

Kjønns- eller individuelle forskjeller i sorgprosessen gjør seg også ofte gjeldene blant par som har opplevd å miste et barn. Forskjellige behov kan føre til problemer med kommunikasjon og seksuelle problemer i parforholdet. Å miste et lite barn er en opplevelse som i all hovedsak er forbeholdt unge par, og påkjenningene tapet medfører samt forskjellene partene opplever i sorgprosessen yter et enormt press på parforholdet. At sjansen for samlivsbrudd er høyere for denne gruppen har vært en vanlig antakelse (Murphy, 2008).

Worden (2010) mener at det finnes visse typer dødsfall det er nødvendig å ha en utvidet forståelse av, og at en viss modifisering av intervensjoner i slike tilfeller kan være nødvendig. Han nevner plutselige dødsfall, krybbedød, spontanaborter, dødfødsler, aborter og forventede dødsfall som er for tidlige som slike tilfeller i forbindelse med tap av barn. Felles for mange av disse typene dødsfall er Doka (2008) begrep om ”disenfranchised grief”, som refererer til tilfeller der en person opplever et betydelig tap uten at dette anerkjennes fullt ut i den etterlattes omgivelser. Franchise betyr rett eller privilegie (Wikipedia, 2011), og med ”disenfranchised grief” mener Doka tilfeller der den etterlatte av en eller annen grunn ikke tildeles den samme retten til å sørge som andre etterlatte. Han referer til tankeregler, følelsesregler og spirituelle regler om sorg i samfunnet som kan føre til at tapet kanskje ikke blir definert som signifikant, som i mange tilfeller av perinatale dødsfall. Han mener også at dødsfall som produserer angst hos omgivelsene kan føre til en ”disenfranchisement” av sorgen, der nettverket som følge av angsten ikke er i stand til å støtte den etterlatte. Ulike former for barnedød faller gjerne inn under denne kategorien. Etterlatte foreldre kan også oppleve at deres måte å sørge på ikke anerkjennes. Instrumentelle måter å sørge på settes ofte ikke pris på i samfunnet, der det forventes at det uttrykkes følelser i sorgprosessen. Ofte rammer denne formen for ”disenfranchisement” fedre hardest. At mange opplever en form for støtte tidlig i sorgprosessen som forsvinner over tid når omgivelsene forventer at man skal gå videre er også svært vanlig (Doka, 2008).

At et tap ikke anerkjennes fullt ut, eller at den etterlattes sorguttrykk fordømmes av omgivelsene kan virke kompliserende inn på sorgen. Ved tilfeller av ”disenfranchised” sorg er kilder til støtte begrenset eller fraværende, og mange av faktorene som vanligvis fasiliterer sorgprosessen er ikke tilstedet. Ulike typer dødsfall som kan føre til dette beskrives nærmere under.

Spesielle typer tap

Forskning har vist at plutselige dødsfall ofte er vanskeligere å sørge over enn dødsfall der det har vært en eller annen form for forvarsel på at vedkommende vil dø (Worden, 2010). Mangel på forvarsel kan skape flere vanskelige følelser, som en uvirkelighetsfølelse av tapet, skyldfølelse, behov for å klandre noen, hjelpeløshet, manifest agitasjon/agitert depresjon, en følelse av å ha noe uoppgjort, og et behov for å forstå. I tillegg involveres ofte medisinske og rettslige autoriteter i slike dødsfall, noe som kan være ekstra belastende for den etterlatte. Plutselige dødsfall kan føre til traumereaksjoner hos den etterlatte, og PTSD symptomer bør i slike tilfeller behandles klinisk før sorgarbeidet kan begynne (Worden, 2010). Worden (2010) mener at etterlatte bør bli tilbudt muligheten til å se liket av den avdøde i tilfeller der dette er mulig, som en hjelp i det å aktualisere slike tap.

Krybbedød er en form for plutselig dødsfall og innebærer mange vanskelige følelser i forbindelse med tapet. Ingen definitiv årsak til dødsfallet kan gis, og det er derfor mye rom for skyldfølelse og bebreidelser. Slike dødsfall involverer også rettssystemet, og ofte også mistenksomhet og etterforskning (Worden, 2010). Nordanger, Dyregrov og Dyregrov (2000) fant at familier som hadde mistet barn i krybbedød i større grad opplevde at omgivelsene trakk seg unna etter dødsfallet enn de som hadde mistet barn i ulykker. Worden (2010) mener at det ved slike dødsfall er viktig å informere paret om sorgprosessen, og eventuelt ivareta søsken gjennom familieterapi. Han mener også at etterlatte foreldre bør oppmuntres til å snakke med andre par som har opplevd det samme, og at rådgivning i forbindelse med fremtidige graviditeter bør tilbys.

Spontanaborter er i tråd med Dokas begrep om ”disenfranchised grief” en form for sosialt benektete tap. Både lege og støttenettverk fokuserer gjerne på muligheten til å få et nytt barn, og tapet kan på denne måten bli bagatellisert. Worden påpeker at det i tillegg ofte antas at jo lengre graviditeten har vart jo mer intens er sorgen, og at fars sorg er mindre intens da han har hatt mindre kontakt med det ufødte barnet enn mor. Få ritualer er etablert i forbindelse med spontanaborter (som for eksempel begravelse eller navnesermoni), og dette kan gjøre aktualiseringen av tapet spesielt vanskelig.

Når det kommer til dødfødsler vil mange av de samme omstendighetene som ved spontanaborter gjøre seg gjeldende. Hatleskog (2008) peker på at det å miste et barn i dødfødsel har blitt kalt den ensomme sorgen da slike tap også ofte bagatelliseres. Worden

(2010) understreker i tillegg viktigheten av å tilby oppfølging til begge partene som har opplevd tapet, ikke bare mor. Han mener også at henvisning til en støttegruppe bør vurderes i slike tilfeller.

Aborter faller også inn under kategorien sosialt benektete tap som et tap man ikke snakker om, men i større grad enn spontanaborter da aborter på mange måter er selvvalgt (Eriksen, 2003). Aborter er imidlertid like fult et tap, og den som av ulike årsaker har valgt å abortere kan oppleve sterk skyldfølelse og sorg over livet som ikke ble (Worden, 2010).

Forventet sorg er i følge Worden (2010) annerledes enn normal sorg over et dødsfall. Selv om det finnes bekreftelser på at de som har hatt en eller annen form for forvarsel klarer seg bedre i tiden etter tapet enn de som ikke har det, er dette likevel en helt spesiell form for sorgprosess. Han påpeker at den første sorgoppgaven, å akseptere realiteten av tapet, begynner svært tidlig og strekker seg over lengre tid fordi de etterlatte er klar over at vedkommende kommer til å dø i forkant av tapet. Det samme gjelder den andre sorgoppgaven, nemlig prosesseringen av sorgens smerte. Spesielt kan man oppleve mye angst i forbindelse med separasjon tiden før dødsfallet, og angsten kan øke i intensitet ettersom døden nærmer seg. Arbeidet med den tredje oppgaven, å tilpasse seg en verden uten den avdøde, begynner også svært tidlig da den som snart er etterlatt ofte begynner å planlegge hvordan livet skal bli når vedkommende er borte allerede før dødsfallet. I tillegg til den lange sorgprosessen vil det for foreldre som opplever å miste et barn i sykdom være vanskelig å forsones seg med dødsfallet da det på tross av sykdom er alt for tidlig. Worden forslår støttegrupper både før og etter slike tap.

Kjønnsforskjeller i sorgprosessen

En rekke studier har funnet forskjeller i opplevelse og uttrykk av sorg, og det er i dag vanlig å snakke om kjønnsforskjeller i sorgen. Tapet av et barn er spesielt i det at begge foreldrene rammes av sorgen samtidig, og i de fleste tilfeller også i samme omfang og grad (Eriksen, 2003). Forskjeller i hvordan sorgen oppleves og uttrykkes blir derfor spesielt synlig i slike tilfeller, og kan føre til problemer i etterlatte foreldres parforhold.

Forskningen har stort sett funnet at kvinner reagerer ekspressivt på tap og sorg med en emosjonell mestringsstil, mens menn er mer tause og handlingsorienterte, og i større grad benytter seg av instrumentelle mestringsstiler. Instrumentelle menn vil ofte gi uttrykk for sin

sorg gjennom aktivitet, mens den emosjonelle kvinnen bearbeider sorgen gjennom samtale og emosjonsuttrykk (Eriksen, 2003). Menn er ofte mindre selvavslørende enn kvinner, spesielt når det angår følelser og private anliggender. De bærer gjerne preg av ønsket om å klare seg selv og være uavhengige, og er mer handlingsorienterte og opptatt av faktainformasjon enn av å forholde seg til det følelsesmessige. Menns sorg er som følge av dette ofte mindre synlig, og mange kvinner opplever menns måte å sørge på som sterkt preget av fornektning (Ekvik, 2002). Hvis mannen i lang tid bærer preg av å fornekte den følelsesmessige smerten ved dødsfallet, kan mange kvinner oppleve dette som mangel på kjærighet til barnet som døde, eller som en fornektning av dem som ektefelle eller partner (Ekvik, 2002). Mannen kan på sin side føle seg tilsidesatt av kvinnen, og av omgivelsene som ofte anerkjenner kvinnens måte å sørge på mer. I realiteten vil nok de færreste reagere typisk med en av de to mestringsstilene, men reaksjonene vil ofte kunne bære preg av å være farget mer av den ene eller den andre siden (Eriksen, 2003).

Mange par opplever et opphold i det seksuelle samlivet etter tapet av et barn. De fleste er slitne og mangler energi, og noen sliter med et tungt stemningsleie og føler at det midt i det meningsløse og urettferdige blir en følelsesmessig kollisjon å oppsøke gode følelser (Ekvik, 2002). Ved perinatale tap og tap av små barn vil kvinnen ofte assosiere seksualitet med tapet (Eriksen, 2003) og kvinner rapporterer også at de lettere får dårlig samvittighet i forbindelse med sex (Dyregrov, 2007). Den sørgende med instrumentell mestringsstil, ofte mannen, vil gjerne være raskere klar til å gjenoppta den seksuelle kontakten (Eriksen, 2003), og opplever ofte at partneren blir distansert og uinteressert i sex etter tapet (Dyregrov, 2007).

Dyregrov (1990) tilbyr i en gjennomgang av forskningslitteraturen fire ulike forklaringer på kjønnsforskjellene som gjør seg synlige i sorgen ved tap av barn: forskjeller i tilknytningen til barnet som døde, forskjeller i mestringsmetoder, mindre erkjennelse av følelser hos menn, og forskjeller i sosiale forhold som følger tapet, som at menn vanligvis returnerer til jobb raskere enn kvinner.

I tilfeller der barnet dør tidlig, kanskje før terminfødsel, kan man oppleve at mor har et annet forhold til barnet enn det far har rukket å få. Kvinners kropp er i tillegg fysisk og hormonelt innstilt på barnet som ikke lengre er der, og kvinner kan på mange måter kjenne tapet mer på kroppen enn mannen kan (Eriksen, 2003). Sorgen over de planene og drømmene som ikke ble

vil heller ikke være den samme, da de to gjerne har forskjellige forventningene til barnet og foreldrerollen (Ekvik, 2002).

Menn er ofte opptatt av de problemstillingene de nå er kommet opp i og som de ønsker å løse. De er opptatt av om de fortsatt kan forsørge familien og være sterke nok til å være den som tilbyr støtte og løser problemer (Ekvik, 2002). For å møte mannlige pasienter på best mulig måte konkluderer Kreftforeningen i Danmark (gjengitt i Ekvik, 2002), som fra 1997 til 2000 hadde ”menn og kreft” som satningsområde, med at menn har bruk for handlingsorienterte tilbud som kan hjelpe dem til å fastholde eller reetablere kontroll. Dette innebærer blant annet vekt på informasjon og kunnskap, for eksempel gjennom opplysninger om hvordan menn via internett kan innhente mer informasjon om sin situasjon, behandlingstilbud, pasientforeninger og ulike former for rådgivning.

Sorgreaksjoner hos kvinner har ofte vist seg å være mer vedvarende og gjøre seg synlig i høyere nivåer av depresjon og angst enn hos menn. Vance, Boyle, Najman, og Thearle (1995) påpeker imidlertid at dersom man fokuserer på ”kvinnelige” symptomer på sorg som angst og depresjon er det sannsynlig at man finner høyere nivåer hos kvinner, og at sorg hos menn kan vise seg å få utløp på andre måter. I en studie av etterlatte foreldres sorgreaksjoner fant de blant annet at etterlatte fedres alkoholforbruk var høyere enn for fedre i kontrollgruppen, mens slike forskjeller ikke var synlig blant mødrene. Dette mener forskerne bekrefter antakelsen om at etterlatte foreldre uttrykker sorg på forskjellige måter, og at forskjellene mellom kvinner og menn i psykologiske reaksjoner kanskje reflekterer alternative responser heller enn mindre intense følelser relatert til tapet hos menn (Vance et al., 1995).

Både menn og kvinner forteller at arbeid og kollegafellesskap har vært verdifulle innslag i livet etter tapet av en nærstående person. I mange tilfeller viser det seg imidlertid at menn går raskere tilbake i jobb enn kvinner, og for mange menn blir det å gå tilbake på jobb en mestringsstrategi (Ekvik, 2002). Forventninger fra samfunnet samt det faktum at den andre parten kanskje mister kontrollen og faller sammen, kan medvirke til at menn ofte føler at de må opprettholde en forsørgerrolle og ikke kan tillate seg å ta inn tapet hundre prosent (Dyregrov, 1990).

Kanskje har fokus i tradisjonelt sorgarbeid først og fremst rettet seg mot kvinner og kvinners måte å bearbeide sorg på (Eriksen, 2003). Hoveddelen av den litteraturen og de hjelpetiltak

som finnes på området er tilrettelagt for individer med emosjonell mestringsstil, og treffer kanskje ikke gjennomsnittsmannen like godt (Eriksen, 2003). Mange av de som jobber med sorg er i tillegg selv kvinner, og sorgarbeid kan derfor lett bli en arena for kvinner og med kvinner, noe som kan gjøre terskelen for å ta imot hjelp høyere for de menn som kunne dratt nytte av tradisjonelle samtaletilbud (Eriksen, 2003). Behandlere som jobber med sorg opplever ofte at den ene parten er med ”for å hjelpe den andre”, og at dette gjerne er far (Worden, 2010). Det er også et generelt inntrykk at menn gjør seg mindre bruk av sorggrupper enn kvinner gjør (Ekvik, 2002).

I tillegg til de typiske kjønnsforskjellene har man ved tap av barn å gjøre med to forskjellige mennesker med ulike utgangspunkt for å møte sorgen, og kanskje vil forskjellene være så store at partene ikke kan forstå den andres måte å reagere på (Eriksen, 2003). Mange etterlatte foreldre beskriver at smerten som fulgte tapet ble så intens at de ikke klarte å forholde seg til noen andre enn seg selv i denne tiden. Kortere lunte og mindre overskudd til toleranse enn tidligere kan også føre til en generell irritabilitet mellom partene og en midlertidig stopp i kommunikasjonen (Schwab, gjengitt i Eriksen, 2003). Forståelse av forskjellige mestringsstiler, typiske kjønnsforskjeller, og problemområder i parforholdet kan være en stor hjelp for par som opplever å miste et barn (Eriksen, 2003). Jeg vil i det følgende redegjøre for ulike former for behandling for foreldre etter tap av barn.

Sorgbehandling

Worden (2010) skiller mellom to typer behandlingstilnærminger til etterlatte i sorg. I det han kaller sorgveiledning er terapeutens oppgave å fasilitere den normale, ukompliserte sorgprosessen for å lette klientenes lidelsestrykk og hjelpe dem til å tilpasse seg bedre innenfor rimelig tid. Begrepet sorgterapi reserverer han for tilfeller av komplisert sorg. Her tar terapeuten i bruk spesialiserte teknikker og intervensjoner som skal guide en abnormal eller komplisert sorgreaksjon mot en mer normal mestringsprosess. Stroebe et al. (2008) påpeker at det vil være vanskelig å skille mellom disse to formene for terapi i praksis, men at tanken om at det terapeutisk sett arbeides noe annerledes med normal sorg enn komplisert sorg er interessant.

Sorgveiledning har fire hovedmål som relaterer til de fire sorgoppgavene etterlatte må løse: Øke realiteten av tapet, hjelpe klienten å håndtere både den emosjonelle og atferdsmessige

smerten tapet medfører, hjelpe klienten å overkomme ulike hindre i prosessen med å tilpasse seg tapet, samt å hjelpe klienten å finne en måte å opprettholde båndet med den avdøde på samtidig som vedkommende føler seg komfortabel med å reinvestere i livet (Worden, 2010). Worden (2010) nevner bruk av symboler, metaforer, rollespill og kognitiv restrukturering som nyttige teknikker i dette arbeidet, og den etterlatte kan oppfordres til blant annet å skrive, tegne og lage minnebøker. Han understreker også at det er viktig å bruke et tydeliggjørende språk, og at terapeuten bør holde seg unna vage begrep som at den døde sovnet inn eller gikk vekk. Worden (2010) mener at sorgveiledning må begynne tidligst en ukes tid etter begravelsen, og at det er for tidlig for terapeuten å ta kontakt i de første 24 timene etter tapet. Sorgveiledning kan gjøres i individualterapi, parterapi og grupper.

Når det kommer til komplisert sorg er terapeutens oppgave å identifisere og løse separasjonskonflikter som hindrer den etterlatte i å løse sorgoppgavene på egenhånd. Dette gjelder individer som viser symptomer på kronisk, forsinket eller spesielt uttalt sorg, og tilfeller der sorgen er maskert i det at den kommer til uttrykk som fysiske symptomer (Worden, 2010). Terapeutens oppgaver inkluderer i slike tilfeller å utelukke fysisk sykdom, sette opp en kontrakt og etablere en allianse, gjenopplive minner om den døde, utrede hvilken av de fire sorgoppgavene vedkommende sliter med å løse, håndtere affekt eller mangel på affekt utløst av minner, hjelpe den etterlatte å ta inn over seg endeligheten av tapet og å designe et nytt liv uten avdøde, utrede hvilke ressurser som er tilgjengelig, og å hjelpe den etterlatte med å forbedre sosiale relasjoner og takle fantasien om å slutte å sørge. Sorgterapi gjøres stort sett som individualterapi (Worden, 2010).

Alle terapeuter som jobber med sorg og tap skal i følge Worden (2010) hjelpe den etterlatte til å aktualisere tapet og identifisere og uttrykke følelser i tillegg til å assistere den etterlatte i å leve videre uten den avdøde gjennom å hjelpe klienten å lære effektive mestringsstrategier. Som en generell regel bør den etterlate i følge Worden (2010) frarådes å ta store livsendrende avgjørelser i den umiddelbare tiden etter tapet. Terapeuten skal også fasilitere en emosjonell relokalisering av den avdøde og jobbe med vanskeligheter med å forme nye bånd eller med at nye bånd formes alt for raskt. Terapeuten må hjelpe den etterlatte med å finne en mening med tapet, legge til rette for tid til å sørge, tolke normal atferd og tillate individuelle forskjeller i sorguttrykk. Det er også viktig at patologi identifiseres og at klienten i disse tilfellene blir henvist videre. Det er i dag konsensus om sparsom bruk av medisiner ved normal sorg, og ved komplisert sorg skal medisiner eventuelt bare brukes mot angst og søvnproblemer (Worden,

2010). Terapeuter må også ha en klar forståelse av at platte fraser, råd, og det å høre om andre menneskers sorg ikke er hjelpsomt, og at omgivelsenes forsøk på å støtte i mange tilfeller kan virke mot sin hensikt (Worden, 2010).

Parterapi

Det finnes per i dag lite litteratur som konseptualiserer tap og parforhold, og sorg og tap har for det meste blitt ansett å være et domene for individualterapien (Wills, 2003).

Familiesystemteoretikere mener imidlertid at tap er en transaksjonsprosess som påvirker hele familien, og at sorg ikke bare får utløp gjennom personlige og subjektive symptomer men også blir en del av det interpersonlige mønsteret i etterlattes parforhold og dynamikken i familielivet (Wills, 2003). En viktig antakelse i familiesystemperspektivet er at sorg ikke er en tidsspesifikk prosess som ender med at den etterlatte returnerer til livet slik det var før tapet, men at det isteden skjer en reetablering med utgangspunkt i endrede relasjoner og identitet som følge av tapet (Shapiro, gjengitt i Wills, 2003).

Familieperspektivet promoterer fokus på nåtiden og på interaksjonen mellom partene.

Johnson (2005) påpeker at dette ikke utelukker et fokus på hvordan individer aktivt konstruerer sine indre emosjonelle verdener, og at det nettopp er i møte mellom selvet og systemet at parintervensjoner kan ha størst effekt. Hun utviklet på begynnelsen av 80-tallet i samarbeid med Greenberg (gjengitt i Johnson, 2005) det som kalles Emotionally Focused Therapy (EFT), som er en tilknytningsorientert behandlingstilnærming til parterapi (Johnson, 2005). Johnson (2005) mener at de essensielle elementene i enhver endringsprosess bør adresseres i sin naturlige kontekst, og at denne konteksten er det emosjonelle båndet og tilknytningen til en livspartner. Mens trygg tilknytning antas å beskytte fører ofte utrygg tilknytning til at effekten av traumatiske opplevelser intensifieres og forlenges. Den formen for behandling som adresserer tilknytningsbåndet mest direkte er i følge Johnson parterapi, og parterapiens viktigste oppgave er å hjelpe par til å omskape forholdet til å bli et trygt tilfluktssted. Et slikt tilfluktssted skal ha som funksjon å aktivt promotere møte med det vonde, samtidig som det skal være et sted der man kan lege og hente nye krefter (Johnson, 2005).

Par- og familierapeuters fokus er altså ikke lenger bare på hvordan man best kan løse forholdsproblemer, men også på spesifikke måter et bedre parforhold kan bidra til å fremme positiv mestring og personlig vekst. I denne sammenheng er det naturlig å tenke at det å

forbedre et individs nærmeste relasjoner kan være et avgjørende element i å adressere multidimensjonelle problemer som involverer hele personligheten, som for eksempel PTSD (Johnson, 2005), men også sorg og tap. Johnson (2005) peker på at det for mange klienter, og spesielt for de som strever med ettereffektene av en traumatisk opplevelse som involverer brudd på menneskelige relasjoner, vil finnes andre relasjoner som vil kunne bidra til endring enn relasjonen til terapeuten. Å hjelpe klientene til å skape et helbredende forhold med den nærmeste tilknytningsfiguren i livet vil ofte være minst like viktig for langtidshelse som å skape et helbredende forhold til terapeuten i individualterapi (Johnson, 2005).

Den humanistiske tilnærmingen som Johnson (2005) beskriver tillater at terapeuten på en disiplinert måte avslører personlige reaksjoner og responser under terapien. I følge Johnson (2005) er genuinitet og åpenhet viktige aspekter ved alliansen, og viser at terapeuten er villig til å bli sett. Spesielt traumepasienter, som i økt grad er klar over farene ved å stole på en annen, trenger denne formen for genuinitet. Johnson (2005) påpeker at det å etablere en allianse med traumatiserte klienter ofte kan ta lengre tid og kreve noe mer enn det gjør i arbeid med andre klienter. Traumatiserte par er midt oppe i enorme eksistensielle spørsmål og overveldende følelser, og det er også mer sannsynlig at de vil oppleve tilbakefall under behandlingen enn andre par. Terapiforløp med slike par vil derfor vanligvis strekke seg over noe lenger tid (Johnson, 2005). Det er min antakelse at disse forholdene også vil gjelde etterlatte som har opplevd å miste et barn, og at terapeuter som arbeider med slike par bør ha en viss kunnskap om traumebehandling.

Par som tar kontakt med en parterapeut i forbindelse med sorg har gjerne andre behov enn individer som tar kontakt med en individualterapeut (Wills, 2003). Selv om det kan argumenteres for at individuelle samtaler med hver av partene kan tilby bedre støtte og udeelt oppmerksomhet for den som sørger, vil samtaler med begge partene gi terapeuten en bedre mulighet til å adressere forskjellige måter å sørge på, konflikter som oppstår i kjølvannet av sorgen, og gamle relasjonskonflikter som har blitt vekket til live igjen av endringene i familiestrukturen som følge av tapet. Noen terapeuter kombinerer imidlertid felles og individuelle samtaler med partene (Wills, 2003). Parterapeuten kan hjelpe partene til å respektere og tolerere forskjeller i sorgprosessen og normalisere følelser og uttrykk, og gjøre et viktig bidrag ved å påpeke at endringene som oppleves er midlertidige og ikke representerer en endring i personligheten. Terapien kan bli et sted der vonde følelser kan deles

i støttende omgivelser, og så settes til side frem til neste time slik at de ikke påvirker parforholdet og hverdagen til enhver tid (Wills, 2003).

Likemannsstøtte

Likemannsstøtte i form av sorggrupper, støtteforeninger og internettstøtte omtales gjerne som positive ressurser for etterlatte (Doka, 2008; Eriksen, 2003; Stroebe et al., 2008; Wills, 2003; Worden, 2010). Sorggrupper for etterlatte foreldre tilbys av mange sykehus, og helsepersonell bistår også ofte etterlatte foreldre med å komme i kontakt med foreldreforeninger der de kan oppleve fellesskap med andre foreldre som har mistet barn (Hatleskog, 2008). Noen av disse frivillige organisasjonene, som blant annet LUB og Foreningen ”vi som har et barn for lite”, tilbyr både sorggrupper og individuell sorgoppfølging gjennom kontaktpersoner som har hatt lignende opplevelser (Et barn for lite, 2010; Hatleskog, 2008). På internett kan etterlatte finne støtte i sorgen gjennom å dele informasjon og snakke med andre i samme situasjon.

Tapsspesifikke websider inneholder ofte en variasjon av resurser, som informasjon om tilbud og linker til andre sider. De er gratis, lett tilgjengelige og støtten brukere kan finne her kommer i form av likemannsstøtte. Terskelen for å oppsøke slik hjelp kan derfor tenkes å være lav (Stroebe et al., 2008). Doka (2008) understreker at likemannsstøtte kan være spesielt avgjørende for bearbeidelse av sorg i tilfeller der sorgen av en eller annen årsak er ”disenfranchised”.

Sorggrupper er en form for likemannsstøtte som er svært utbredt i forbindelse med ulike typer dødsfall. Hovedfunksjonen til sorggrupper defineres vanligvis som emosjonell støtte og informasjon (Dyregrov, 1999). Det antas at gruppemedlemmer vil dra fordel av muligheten for å oppleve å bli tatt vare på og akseptert, verbalisere sine opplevelser, gi uttrykk for følelser og oppleve andre perspektiver. Videre antas det at økt kunnskap om egen og andres situasjon bidrar til normalisering og forhåpentligvis en økt følelse av kompetanse og mestring (Schopler & Galinsky, gjengitt i Dyregrov, 1999). Berle, Haver og Karterud (gjengitt i Dyregrov, 1999) peker imidlertid på faren for at støttegrupper også kan ha negative utfall, da enkelte slike grupper kan føre til at medlemmer holdes fast i en offerposisjon over lang tid. Gruppeprosessen kan i tillegg kompliseres av flere forhold. Personer som gir uttrykk for at deres tap er større enn andres, gir råd, moraliserer, ikke deltar, avbryter, viser upassende emosjonsuttrykk, kommer med irrelevante kommentarer, deler for mye eller lignende kan virke forstyrrende inn på gruppedynamikken (Worden, 2010). Gode ledere bidrar i følge Dyregrov (1999) imidlertid til å redusere muligheten for negative utfall i slike tilfeller.

Mange etterlatte foreldre tilbys og benytter seg av likemannsstøtte gjennom sorgrupper, internettkontakt og frivillighetsforeninger. Effektene av slike tilbud er imidlertid lite undersøkt, og det er per i dag ikke mulig å konkludere med at slik støtte fører til positive utfall (Dyregrov, 1999; Dyregrov, Mortensen og Dyregrov, 2003; Stroebe et al., 2008).

Johnson (2005) understreker at de som håndterer traumer best er de som er i stand til å hente støtte fra andre. Både profesjonelle behandlere og tiltak i form av likemannsstøtte kan tilby etterlatte foreldre ulike former for støtte, men det er viktig å huske på at disse menneskene på mange måter bare er midlertidige reserver for andre tilknytningspersoner. Når det kommer til foreldre som har opplevd å miste barn vil det i de aller fleste tilfeller være partner som er den som står nærmest i sorgen (Johnson, 2005). Det er min antakelse at par som har opplevd å miste barn derfor bør få tilbud om oppfølging nettopp som par.

På et familievernkontor i Oslo drives det i dag et eget tilbud til par som har opplevd å miste barn. Tilbudet ble startet av en psykolog som jobber ved familievernkontoret. Han har arbeidet med par og familier i familievern og barnevern siden 2003, og med par som har mistet barn siden sommeren 2009. Tilbudet er gratis, og det kreves ingen henvendelse fra lege eller sykehus for å kunne benytte seg av det. I det følgende vil jeg gi en nærmere beskrivelse av dette tilbudet, basert på et intervju med terapeuten som leder dette. Hvordan dette intervjuet ble utviklet og gjennomført redegjøres det for i metodekapittelet.

Et partilbud rettet mot etterlatte foreldre

Terapeuten oppgir at han jobber med utgangspunkt i en opplevelsesorientert, humanistisk og systemisk tankegang. Strukturell terapi og tilknytningsperspektivet ligger spesielt til grunn for hans tilnærming, og han benytter seg mye av EFT. Fokus er på å vise klientene hvordan de fungerer som et system og påvirker hverandre, og på å utvikle nye måter å være sammen på. Terapeuten forteller at han benytter seg av en del utforskningsarbeid for å få det nye inn, og at det viktigste for ham er å tune seg inn og å være tilstede i samtalen. Han mener at det er svært viktig å bruke de verktøyene man tenker kan være nyttig for hvert enkelt par der og da, og bruker i stor grad den feedbacken klientene gir i sitt arbeid.

På spørsmål om hva terapeuten anser som overordnet viktig i arbeidet med par som har mistet barn oppgir han blant annet spenningsfeltet mellom det å skape trygghet og det å bringe inn noe nytt. Han bruker også en del tid på normalisering i starten av terapien, spesielt i forhold til

kjønnsforskjeller i sorgen, nettverk, kognitive vansker, søvnproblemer, sykemeldinger og ulike følelser. Han understreker at individuelle problemer som for eksempel problemer med søvn også påvirker klientene som par, og at det er viktig å også adressere disse i terapien.

Terapeuten forteller at han også benytter seg av en del kognitive teknikker som avslappingsøvelser, og innimellom også hjemmeoppgaver. Dette er som regel positive øvelser som gjerne handler om å gjøre noe sammen. Han forteller også at han ser nytten av å ta i bruk narrative teknikker, og at han spesielt benytter seg av dette i arbeidet med par som har mistet barn da sorgen i mange tilfeller har fått så stor plass at alt annet blir borte. Han forsøker å endre dominerende narrativer omkring sorg ved å hjelpe klientene til å skape nye historier, legge merke til unntakene og forstørre andre narrativer i livene deres. I forbindelse med dette benytter han seg gjerne av tidslinjespørsmål, og bruker spesielt fremtidssnakk mye. Han oppgir at han ikke benytter seg av løsningsfokusede teknikker i arbeid med disse parene, da han opplever at dette kan være noe usensitivt. Han mener videre at det i disse sakene er viktig å akseptere at klientene har det vondt, og at man som terapeut må være forsiktig med å komme i den rollen som nettverket ofte tar i forbindelse med det å gå videre i livet.

Terapeuten forteller videre at han selv har erfart å miste et barn, og at han gjennom denne erfaringen har fått noen ideer om hvordan han kan jobbe med dette terapeutisk. Han nevner spesielt at det i denne sammenheng ble tydelig for ham at det mangler et spesifikt partilbud til foreldre som opplever å miste barn, og at han gjennom den kontakten han har hatt med slike par i sorggrupper og andre steder har sett at det kan oppstå problemer i kjølvannet av slike tap som man ikke nødvendigvis kan ta opp i disse forumene. Han mener at en del av de problemene par i sorg opplever til dels handler om at de sørger på forskjellige måter og kommer opp i konflikter som følge av dette. Han tror at det at terapeuten viser forståelse for begge måter å sørge på, og gjør noen former for speilinger eller utdypinger av følelser hos dem begge, er et viktig element i måten å jobbe med slike par på. Terapeuten tenker også at det å ha en forståelse for den opplevelsen slike par har med seg er viktig, og at han har noe spesielt å gi her. Han forteller i den forbindelse at par som er i sårbare situasjoner ofte er opptatt av om de kan stole på den personen de møter, og at relasjonen til terapeuten følgelig blir ennå viktigere i møte med par som har mistet barn enn med andre par. Han peker på Carl Rogers grunnprinsipper rundt empati, aksept og genuinitet, og er svært opptatt av at klientene hans skal føle at de har en terapeut som er helt ærlig. Han mener derfor at det er viktig å ha

hele seg med inn i relasjonen, tillate seg å bli berørt av klientenes historie og uttrykke at den jobben som gjøres betyr noe for ham også.

På spørsmål om hva terapeuten selv tror at har vært det viktigste for klientene gjennom terapien svarer han at han først og fremst forventer at de vil si noe om ham, kanskje i form av at de har opplevd at han bryr seg om dem og har vist aksept, engasjement og imøtekommenhet. Han tror også at det at han har en trygghet i forhold til denne problemstillingen kan ha bidratt til at de ikke har trengt å være bekymret omkring usikkerheter hos ham i forhold til dette, og at det at han har en lignende tapsopplevelse kanskje har gitt en trygghet i forhold til forståelse. Han forventer i tillegg at flere kan ha opplevd at det har vært nyttig å få et rom der det åpnes opp for kommunikasjon som er trygt og konstruktivt, hvor de kan snakke om ting som det kanskje har vært vanskelig å snakke om hjemme. Han tror også at noen kan ha tenkt litt over dette med fremtidsperspektiv og det å få hjelp til å tenke over andre ting enn bare sorgen, og at noen kan ha opplevd at det har vært nyttig å få konkrete råd, både i forhold til parproblemer og individualproblematikk. Han forventer seg likevel at hovedfokuset vil være på det å ha et rom der man kan snakke sammen.

Allerede i prosjektets oppstart ble terapeuten oppmerksom på at litteraturen som fantes på par i sorg var begrenset. Selv om det i dag finnes en god del litteratur omkring individer i sorg, er det meste som er skrevet om par i sorg å finne i traumelitteraturen. Terapeuten mener imidlertid at det er mange problemstillinger i forbindelse med sorg og tap av barn som er parproblemstillinger, hvor det rett og slett er parterapi som trengs og ikke nødvendigvis individualterapi. Det kan være alt fra engstelse rundt det å få barn igjen til at partene generelt lukker for kommunikasjon og trekker seg vekk fra hverandre når de egentlig trenger å stå sammen. Han tror også at mange terapeuter kan bli usikre i møtet med sorgen og at man innenfor familiefeltet kan bli mye mer bevisst på dette. Han tenker at målet på sikt er å kunne bruke erfaringene fra disse terapiforløpene til å utarbeide et klarere bilde av hva som er viktig i arbeid med par som har mistet barn, og å formidle dette videre.

I det følgende beskrives en studie av etterlatte foreldres opplevelse av dette tilbudet. Det redegjøres først for metode og framgangsmåte i utarbeidelsen og gjennomføringen av prosjektet, før resultatene fra undersøkelsen presenteres i et eget kapittel.

Metode

Jeg vil i dette kapittelet starte med å gi en allmenn beskrivelse av metodetekning innenfor psykologisk forskning. Med dette som bakgrunn vil jeg så redegjøre nærmere for mitt valg av tilnærningsmetode i arbeidet med materialet.

Kvantitativ forskning er forskning som befatter seg med det å kvantifisere et fenomen, altså med å måle eller telle noe. I slik forskning benyttes det gjerne utvalg som er representative for en større gruppe mennesker, og et mål er ofte at resultatene kan generaliseres til å gjelde andre enn det spesifikke utvalget. Dette er den dominerende tilnærningsmåten innenfor psykologisk forskning i dag (Langdridge, 2006). Denne type forskning foregår gjerne i kontrollerte omgivelser for å få resultater som er så objektive og upåvirkede av ytre omstendigheter som mulig (Langdridge, 2006). Her kan forskningsprosessen ses på som en lineær modell der forskeren tar utgangspunkt i en teori, utformer en hypotese, operasjonaliserer begreper, bestemmer seg for et utvalg, samler inn data, tolker data, og validerer hypotesen (Flick, 2002). Noen av farene ved å ta utgangspunkt i en gitt teori som bakgrunn for forskning er at man går glipp av mye av bredden i det feltet man undersøker, og at forventninger legger føringer for funn og på denne måten kan forhindre at man finner noe nytt (Flick, 2002).

Innenfor det som kan kategoriseres som kvalitativ forskning anses det å utvikle ny teori som et generelt mål. Teorier utarbeides her på bakgrunn av empiriske funn heller enn å danne grunnlag for forskningstema, og danner i så måte heller ikke bakgrunn for hypoteser og analyser (Flick, 2002). Kvalitativ forskning fokuserer ofte mindre på atferd (som kvantitativ forskning gjerne gjør) og mer på mening, og er mer opptatt av å beskrive enn å predikere. Slik forskning benytter seg gjerne av mindre utvalg, som er valgt på bakgrunn av relevans heller enn representativitet (Langdridge, 2006). I motsetning til i kvantitative studier er heller ikke målet å redusere et fenomens kompleksitet ved å bryte fenomenet ned i målbare variabler, men heller å øke kompleksiteten ved å inkludere kontekst, og la denne være med på å definere forskningsprosessen (Flick, 2002).

Hvilken metode som er best å bruke er avhengig av hva man spør om (Langdridge, 2006). I de tilfeller der målet for forskningen er å avdekke bakenforliggende mening heller enn kvantifisering anvendes en kvalitativ tilnærming (Flick, 2002). Sett i forhold til det materialet

jeg nærmer meg kunne for eksempel en kvantitativ forskningstilnærming fortalt meg noe om hvor mange etterlatte foreldre som benytter seg av parterapi, og eventuelt hvor mange av disse igjen som var tilfredse eller ikke tilfredse med dette tilbudet, mens en kvalitativ tilnærming metode kan gi meg informasjon om hvordan denne terapien oppleves. I denne studien var forskerens mål å avdekke noe om sistnevnte fenomen, og en kvalitativ tilnærming ble derfor valgt. Studien gjør i likhet med de fleste kvalitative studier bruk av innsamling av tekstlige data ved å intervjuer en liten gruppe mennesker.

Kvalitativ metode

Den kvalitative forskningsprosessen begynner med utarbeidelsen av et overordnet forskningsspørsmål eller tema. Ut av dette temaet trekkes ett eller flere mer spesifikt formulerte spørsmål som skal undersøkes nærmere. Videre velges deltakere og forskningsdesign på bakgrunn av disse spørsmålene, og både utvalg og metode avgjøres med andre ord av hva man skal studere. Når dette er bestemt evalueres de konkrete forskningsspørsmålene ut i fra de valgene som er gjort og raffineres eventuelt ytterligere, før forskningen gjennomføres i praksis. Etter dette evalueres forskningsspørsmålene på nytt i lys av resultatene, og dataene analyseres. Prosessen er med andre ord sirkulær, og går hele tiden tilbake til utgangspunktet for å ta høyde for kompleksiteten i fenomenet som studeres (Flick, 2002).

Mens det i kvantitativ forskning stort sett bare er metoder for datainnsamling og statistiske teknikker som varierer noe, finnes det mange forskjellige tilnærming metoder innenfor kvalitativ forskning (Langdridge, 2006). I denne studien er det deltakernes forståelse som er i fokus, og i denne sammenheng er den mest aktuelle måten å nærme seg materialet på enten å benytte seg av fenomenologiske forskningsmetoder eller ”grounded theory” (Langdridge, 2006). ”Grounded theory” ble utviklet av Glaser og Strauss (gjengitt i Langdridge, 2006) og er en metode som er mye brukt innenfor kvalitativ forskning. Metoden har flere karakteristiske trekk: datainnsamling og analyse er integrerte prosesser, koding og analyser er datadrevet, det utvikles teorier for å forklare funn, forskeren gjør seg bruk av ”memoer” (eller notater) under kodingen, og gjennomgang av litteratur gjøres i etterkant av analysene. Utvalg som benyttes er ikke representative, men er tilpasset formålet med studien. ”Grounded theory” er merkbart forskjellig fra de fleste andre kvalitative metoder i det at det ikke trekkes et eksplisitt skille mellom datainnsamling og analyse. Metoden er også spesiell fordi den legger vekt på utvikling av teori basert på empiriske funn (Langdridge, 2006).

Da jeg gikk inn i arbeidet med dette prosjektet med visse føringer omkring hva det var jeg ønsket å vite mer om, passet ikke en klassisk ”grounded theory” tilnærming for mitt arbeid. Jeg valgte derfor å benytte meg av en fenomenologisk tilnærmingsmetode som det redegjøres nærmere for under. Det er likevel flere likhetstrekk mellom den tilnærmingsmetoden jeg har valgt og ”grounded theory”.

Fenomenologiske tilnærminger

Fenomenologi betyr enkelt sagt erfaringsvitenskap (Langdridge, 2006). Fenomenologien er først og fremst interessert i førstehåndsbeskrivelser av livserfaringer, og forutsetter at forskeren forsøker å frigjøre seg fra forutinntatte ideer om det som undersøkes. Hovedmålet i datainnsamlingen er å få tilgang til konkrete beskrivelser av de opplevelsene man er interessert i. Metodene som brukes for å samle inn data er hovedsakelig skriftlige beretninger om opplevelser, og semi- eller ustrukturerte intervjuer.

Ustrukturerte intervjuer er karakterisert ved at de mangler et på forhånd definert oppsett, og benytter seg av åpne spørsmål. De er utforskende, og er spesielt nyttige i tilfeller der man har lite kunnskap om emnet som undersøkes fra før av. Fordelen med slike intervjuer er at de er fleksible, og at de ofte resulterer i mangfoldige, meningsfylte og valide data. Med valide data menes i denne sammenheng at dataene belyser det forskeren ønsker å avdekke. Ulempen er at disse dataene fort kan bli vanskelige å analysere, og at de ikke er reliable i betydningen av at det vil være vanskelig for en annen forsker å få de samme svarene på de samme spørsmålene i et annet utvalg (Langdridge, 2006). Semistrukturerte intervjuer benytter seg av standardiserte oppsett og er den vanligste intervjuformen i psykologisk arbeid. Her tas det utgangspunkt i et antall på forhånd definerte spørsmål, men intervjuet er ikke basert på at oppsettet følges slavisk. Spørsmålene er gjerne åpne slik at den som intervjues fritt kan utbrodere svarene sine, men kan også inneholde spørsmål med lukkede svaralternativer. Denne intervjuformen gjør det lettere å behandle data, samtidig som det ikke legges for sterke føringer på svarmulighetene til den som intervjues (Langdridge, 2006).

De to mest brukte fenomenologiske tilnærmingene i psykologisk forskning i dag er metoder fra Duquesne-skolen og fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA). IPA er av nyere dato enn Duquesne-skolen, og skiller seg fra denne i det at den er mer fortolkende, søker å skape ny teori, og i større grad forholder seg til eksisterende teorier. Metoden er inspirert av fenomenologien, men har også en del

fellestrekk med grounded theory og tematisk analyse, som er en mer overordnet analysetilnærming (Langdridge, 2006). Jeg har i analysene av materialet valgt å benytte meg av IPA, og vil redegjøre nærmere for denne metoden under beskrivelsen av analysene.

En forutsetning i fenomenologiske studier er at forskeren behandler data med et åpent sinn, samtidig som prosessen med å abstrahere overordnede kategorier ut i fra tekstmateriale åpenbart er basert på skjønn (Langdridge, 2006). Det er derfor svært viktig at det tas hensyn til forskerens forståelsesramme. En måte å gjøre dette på er å sørge for at de konkrete forskningsspørsmålene er klart formulert, og at det tas hensyn til opprinnelsen av disse i vurderingen av resultatene (Flick, 2002). Forskerens forståelsesramme i denne studien er basert på erfaring med par- og familieterapi gjennom praksis, noe som har bidratt til god kjennskap til mange av de problemområdene som gjør seg gjeldende i parforhold. Forskerens forståelse av det aktuelle behandlingstilbudet var ved prosjektets start basert på terapeutens beretninger, som la føringer for noen generelle temaer som det var ønskelig å belyse nærmere. Utover dette er det vanskelig for meg å identifisere sider ved min forforståelse som har bidratt til noen bestemt fortolkning av materialet, og jeg har hele tiden etterstrebet å stille meg så åpen som mulig i prosessen med å innhente og bearbeide data.

Forskningsprosessen

Dette er en studie av klienters opplevelse av et partilbud til foreldre som har mistet et barn. Følgelig har det viktigste vært å få tak i hvordan klientene selv beskriver denne opplevelsen, og således gå i dybden framfor i bredden. Fordi jeg ønsket å danne meg et nyansert bilde av disse opplevelsene og var mer interessert i et innblikk i prosessen enn i sluttproduktet ble undersøkelsen utformet som en kvalitativ studie.

Sorg og tap av barn var det overordnede temaet forskeren ville se nærmere på. Herunder sto spørsmålene *hvilke opplevelser sitter parene igjen med etter å ha benyttet seg av partilbudet? og hvordan opplever parene det aktuelle tilbudet i lys av den generelle oppfølgingen de har fått i sorgen?* som de mest sentrale for forskeren. Deltakere og forskningsdesign ble valgt på bakgrunn av spørsmålene som skulle belyses. Det ble utformet en intervjuguide som hadde som formål å avdekke informasjon om behandlingstilbudet deltakerne hadde benyttet seg av, og terapeuten som var ansvarlig for tilbudet ble intervjuet. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en intervjuguide for klientintervjuene. Under disse intervjuene ble det gjort lydopptak som i etterkant ble transkribert. Etter dette fulgte analyser av det transkriberte

materialet, i en prosess der materialet ble forenklet og overordnede temaer ble avdekket. Utvalg, forskningsinstrumenter og analyser beskrives i det følgende.

Utvalg

Utvalget besto av fem par (5 kvinner og 5 menn) som benyttet seg av et tilbud til foreldre som hadde mistet barn ved et familievernkontor i Oslo da denne undersøkelsen ble gjennomført. Alle parene var gift og hadde 6 til 11 år med parforhold bak seg (6, 6, 7, 10 og 11 år). Deltakerne var i alderen 31 til 43 år, gjennomsnittsalder 34,9 år. Alle hadde opplevd å miste et barn under 4 år, henholdsvis omkring 0, 0, 1, 1 og 43 måneder gamle. Dødsårsak inkluderte sykdom, ulykke og perinatale tap.

Kriteriene for å bli inkludert i utvalget var at klientene hadde opplevd å miste et barn, og at de hadde gått mer enn fem ganger i terapi hos psykologen som ledet det aktuelle behandlingstilbudet. Dette for å sikre at deltakerne hadde fått en viss erfaring med tilbudet og at det var etablert en relasjon mellom dem og terapeuten. Klienter som benyttet seg av tilbudet uten partner og de som hadde opplevd å miste et barn som var større enn 4 år ble ekskludert. Det ble ikke tatt hensyn til type tap eller tid siden tapet i utvelgelsen. Demografiske variabler som sosioøkonomisk status og utdanningsnivå ble på grunnlag av utvalgets størrelse ikke vurdert som relevant for analysene.

Alle par som startet i den aktuelle terapien under planleggingen av prosjektet ble informert om undersøkelsen muntlig i forkant av terapiens oppstart, og spurt om de ville la seg bli kontaktet av forskeren per telefon. Samtlige svarte ja på denne forespørselen. Da planleggingen av undersøkelsen var ferdigstilt og intervjuprosessen skulle begynne var det fem par som møtte kriteriet om varighet. Alle disse ble kontaktet av forskeren, og samtlige takket ja til å delta i studien. Skriftlig informasjon om prosjektet ble utlevert og samtykkeerklæring ble signert av begge partene i hvert par før intervjuet startet (se appendiks A). Deltakerne fikk også utlevert kontaktinformasjon til forskeren dersom de skulle ha noen spørsmål i etterkant av intervjuet.

Deltakerne hadde mottatt fra 5 til 25 terapitimer (5, 6, 11, 21 og 25 timer) da undersøkelsen ble gjennomført. Hvor lang tid det hadde gått fra tapet til oppstart i terapien varierte fra 1 ½ til 12 mnd, henholdsvis 1 ½, 3, 3, 6 og 12 mnd. Tre av parene hadde blitt satt i kontakt med tilbudet gjennom kontaktpersoner på sykehus i Oslo, mens to av parene selv hadde tatt

kontakt med familievernkontoret for å bestille time til parterapi, og følgelig fått time hos den aktuelle terapeuten etter å ha redegjort for bakgrunnen for henvendelsen. I disse tilfellene var det sykehus utenfor Oslo som var ansvarlige for oppfølgingen av dødsfallet.

Fire par benyttet seg fortsatt av tilbudet, mens et par hadde valgt å avslutte terapien etter fem timer. To av parene var gravide igjen under intervjuet, ett par hadde forsøkt å bli gravide uten å lykkes, og to par hadde ikke forsøkt å bli gravide igjen. Kun ett av parene hadde barn fra før, og disse var også gravide igjen.

Instrumenter

Terapeutintervju

Et intervju som skulle avdekke hvordan terapeuten jobbet og hvilke tanker han gjorde seg om behovene til foreldrepar som har opplevd å miste et barn ble utviklet først (se appendiks B). Hensikten med dette var å få en best mulig forståelse av rasjonale for og innholdet i behandlingstilbudet, da denne dannet grunnlaget for utformingen av intervjuguiden til klientene. Intervjuet var ustrukturert og hadde form av en åpen samtale, slik at informasjon som terapeuten anså som viktig ikke skulle bli utelatt. Det besto av fire åpne spørsmål med noen underlagte prober som dreide seg om følgende temaer: bakgrunnen for at terapeuten hadde valgt å jobbe spesielt med par som har mistet barn, terapeutens teoretiske bakgrunn, hvordan terapeuten jobbet med disse parene i praksis, og hva terapeuten selv trodde at klientene ville oppgi at hadde vært det viktigste for dem i løpet av terapien.

Klientintervju

Intervjuguiden som ble benyttet i intervjuet med klientene besto av fjorten spørsmål som dreide seg om bakgrunnen for at de hadde valgt å benytte seg av det aktuelle tilbudet og om opplevelsen av dette (se appendiks C). Et viktig mål var å ikke utelukke subjektive opplevelser og tema som forskeren ikke hadde tenkt på, samtidig som forskeren hadde visse forhåndsbestemte temaer hun ønsket å belyse. Intervjuet ble derfor utviklet med en semistrukturert form. Det ble hovedsakelig benyttet åpne spørsmål med innlagte prober underveis.

Seks spørsmål handlet om bakgrunnen for at deltakerne hadde valgt å benytte seg av tilbudet. Disse ble utviklet på bakgrunn av forskerens ønske om å vite noe om hva deltakerne brakte med seg inn i terapien, og omhandlet type tapsopplevelse, parforholdets varighet og hvorvidt

paret hadde andre barn, samt hvilke forventninger de hadde til terapien da de kom og hva de selv tenkte at de spesielt trengte hjelp med. Deltakerne ble også spurt om de hadde mottatt andre tilbud i forbindelse med sorgen, og hvordan de eventuelt hadde opplevd disse.

De neste syv spørsmålene hadde som formål å kartlegge deltakernes opplevelse av den aktuelle terapien. Fire av disse var inspirert av de hovedtemaene som Miller, Duncan og Johnson (2002) anbefaler at kartlegges etter hver terapitime i sin "Session Rating Scale" (SRS). Disse omhandler relasjonen til terapeuten, mål og tema i terapien, terapeutens tilnærming og metode, og opplevelsen av terapien generelt. Deltakerne i studien var på forhånd kjent med denne skalaen for samtalevurdering gjennom den aktuelle terapien. Tre spørsmål ble utarbeidet fordi terapeuten la spesielt vekt på disse under intervjuet. De omhandlet i hvilken grad deltakerne opplevde terapien som et trygt sted å være, om terapien hadde påvirket forholdet dem i mellom, og om terapien hadde påvirket forholdet til venner og familie. Det ble på bakgrunn av terapeutintervjuet også utarbeidet prober som omhandlet terapeutens måte å jobbe på. Disse ble lagt inn under de spørsmålene som omhandlet dette.

For å sikre at klientene fikk rom til å formidle alle sine erfaringer ble parene avslutningsvis bedt om å oppsummere hva som hadde vært det viktigste for dem gjennom terapien. Det ble lagt vekt på at dette enten kunne være noe som allerede hadde kommet frem i intervjuet, eller noe som så langt ikke hadde blitt berørt.

Gjennomføring av klientintervjuene

Samtlige intervjuer ble gjennomført av forskeren og varte fra ca. 1-2 timer, gjennomsnittlig 1 time og 35 minutter. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Det ble i forkant opplyst om at intervjuet ville vare i ca. 1 ½ time, og tid for møtet ble avtalt etter deltakernes ønske.

Intervjuene ble holdt på det aktuelle behandlingsstedet.

Da målet med intervjuene var å utforske et område der det i dag foreligger lite kunnskap var det spesielt viktig å stille seg åpen for å følge klientene i den informasjonen de kunne tilby, slik at det var mulig å oppdage nye tema. Spørsmålene i intervjuet hadde derfor en åpen form, og rekkefølgen på disse ble tilpasset det deltakerne snakket om underveis i intervjuet.

Målet i både ustrukturerte og semistrukturerte intervjuformer er ofte å få frem opplysninger som kan være svært personlige, og det er intervjuerens ansvar å legge til rette for at dette føles

komfortabelt for den som intervjues. Å framstå som nøytral, samt å tilpasse bruk av språket til den man snakker med kan være måter å oppnå dette på, noe intervjuer etterstrebet. I utarbeidelsen av intervjuguiden ble det også tatt hensyn til at tap av barn er et sensitivt tema. Et viktig etisk prinsipp i gjennomføringen av all forskning er å unngå unødvendige negative følger for deltakerne, og i denne sammenheng vil ubehag i forbindelse med det å snakke om tapet av barnet sitt kunne betraktes som en slik negativ følge. Intervjuer etterstrebet derfor å gi deltakerne rom og tid til å uttrykke sine opplevelser, og vise empati i forbindelse med disse.

Etiske hensyn og konfidensialitet

En rekke andre etiske hensyn har også blitt tatt i løpet av forskningsprosessen. Det ble i forkant av prosjektets oppstart søkt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), der det ble konkludert med at prosjektet kunne gjennomføres innenfor de rammer som er gitt for kvalitetssikring av etablert behandling og at ingen særskilt godkjenning fra REK var nødvendig. Det ble også innhentet informert samtykke fra deltakerne i forkant av undersøkelsen. Her ble det spesielt understreket at undersøkelsen var uavhengig av det aktuelle behandlingstilbudet, og at det ikke ville få noen konsekvenser for dette tilbudet dersom klientene ikke ønsket å delta. Deltakerne ble også informert om retten til å trekke seg.

Alle data ble behandlet på fysisk isolert pc tilhørende det aktuelle behandlingsstedet, med passordbeskyttet tilgang. Skriftlig materiale og lydopptak ble oppbevart i låsbart, brannsikket arkivskap. Koblingsnøkler og opplysninger ble oppbevart atskilt fra hverandre, og bakgrunnsinformasjon ble oppbevart atskilt fra andre opplysninger. Alt datamateriale ble slettet etter prosjektets slutt, og skriftlig materiale ble makulert. Konfidensialitet ble i tillegg sikret ved at all data ble håndtert av forskeren selv, som var ansvarlig for all kontakt med deltakerne og utførelsen av samtlige intervjuer, transkripsjonsarbeid og analyser.

I behandling og skriving av data er det også viktig at deltakerne ytes rettferdighet, og at konfidensialitet sikres. Data fra kvalitativ forskning gir mye kontekstinformasjon om deltakerne, og vil ofte være lett gjenkjennelig for både deltakerne selv og andre. I behandlingen av data har derfor alle utsagn blitt anonymisert, identifiserbare hendelser har blitt omskrevet, og spesifikke detaljer har i en del tilfeller blitt endret eller fjernet.

Analysen

Jeg har i arbeidet med analysene valgt å benytte meg av IPA. IPA er en ideografisk metode, noe som vil si at hvert tilfelle analyseres hver for seg før det gjøres noe forsøk på å generalisere på tvers av utvalget. Forskeren starter med å transkribere det verbale materialet, og bearbeider så dette gjennom en analyseprosess bestående av fem steg. Langdridge (2006) beskriver disse som følger:

- 1) Hver transkripsjon leses gjennom med blikk for det overordnede meningsinnholdet, gjerne flere ganger. Notater om tanker, refleksjoner og observasjoner noteres underveis.
- 2) Meningsenheter kodes som temaer. Til forskjell fra Duquesne-skolen er det ikke nødvendig å kode hver meningsenhet eller bruke deltakernes språk, og psykologisk terminologi kan brukes i dette arbeidet.
- 3) Temaene struktureres. Forskeren ser etter sammenhenger mellom ulike temaer, og grupperer disse i passende hierarkier av mening.
- 4) En oppsummerende tabell utarbeides for hvert tilfelle i materialet. Disse består vanligvis av noen hovedtemaer med underordnede deltemaer, og illustreres med sitater.
- 5) Til slutt gjøres det en tematisk integrering av alle tilfellene, og det utarbeides en ny oppsummerende tabell som består av gjennomgående temaer fra hele datasettet. Tabellen skal bestå av en rekke overordnede temaer, med underliggende temaer som fanger opp betydningen av fenomenet for alle deltagerne. Antall overordnede og underliggende temaer vil variere fra studie til studie.

Analyseprosessen startet tidlig med en enkel transkribering av intervjuet med terapeuten og en påfølgende analyse av dette gjennom de fire første stegene i IPA. Dette resulterte i en oppsummerende tabell bestående av noen hovedtemaer og en rekke deltemaer. Enkelte av disse ble vurdert som mindre relevante for forskningsspørsmålet og ble følgelig ikke inkludert i det videre arbeidet med klientintervjuet. Temaene som ble benyttet i dette arbeidet er redegjort for under beskrivelsen av dette. Informasjonen som framkom av intervjuet for øvrig er nærmere redegjort for under oppgavens teoridel under beskrivelsen av tilbudet. Analysebeskrivelsen som følger omhandler derfor kun klientintervjuene.

Stegvis redegjørelse av analysene

Det første som ble gjort i arbeidet med materialet var transkribering av alle intervjuene. Jeg utførte både intervjuene og transkripsjonene selv, noe som gjorde at jeg bevarte sammenhengen mellom det verbale og det skriftlige materialet godt i denne prosessen. Under

transkriberingen ble alle utsagn gjengitt ordrett. Tonefall og emosjonsuttrykk som hadde betydning for meningsinnholdet ble også inkludert i transkripsjonene, for eksempel som (ironi) og (gråt). De fem intervjuene endte opp i 138 sider transkribert tekst, bestående av ytringer fra intervjuer og begge partene i hvert par (hun og han). Ytringene var tilnærmet likt fordelt mellom disse, med en liten skjevfordeling i antall ytringer mot kvinnens side (gjennomsnittlig hun:144/han:127). Intervjuers ytringer i form av spørsmål og oppfordringer utgjorde gjennomsnittlig 118 utsagn per intervju.

Etter at intervjuene var transkribert ble hvert intervju analysert gjennom de fire første stegene i IPA før en tematisk integrering av alle tilfellene ble utført. Denne prosessen beskrives i det følgende.

Lesing av intervjuene med blick for det overordnede meningsinnholdet

Etter å ha utført intervjuene og transkribert disse selv var jeg allerede godt kjent med materialet, og prosessen med å identifisere overordnet meningsinnhold var derfor allerede godt i gang. Hvert intervju ble videre lest gjennom, og tanker rundt meningsinnholdet i teksten ble notert underveis.

Identifisering av temaer

Hvert intervju ble lest gjennom på nytt under arbeidet med å trekke ut meningsstrukturer i teksten. Overflødig kontekstinformasjon ble utelatt, utsagn med likt meningsinnhold ble slått sammen, og temaene som kom frem ble formulert mer presist. Selv om dette steget i analyseprosessen innebærer en viss grad av fortolkning av materialet tilstrebet forskeren å i størst mulig grad legge fra seg sin egen forutinntatthet for å ikke tillegge teksten mening, og å ha fokus på deltakernes opplevelser.

Strukturering av temaer

Ytringene i teksten grupperte seg mer eller mindre naturlig etter temaene i spørsmålene de var svar på, og disse ble i stor grad beholdt som overordnede kategorier på dette steget i prosessen. Enkelte temaer falt imidlertid bort under strukturingsarbeidet da meningsinnholdet passet bedre inn under andre temaer. I det ene intervjuet dreide for eksempel alle utsagnene under kategorien ”trygghet” seg om egenskaper ved terapeuten, og forskeren valgte i dette tilfellet å plassere disse under temaet ”relasjonen til terapeuten”. Strukturingsarbeidet dreide seg hovedsakelig om sortering og forenkling av

meningsinnhold, og det kom ingen nye kategorier frem under dette arbeidet. Beskrivelsene av de gjenstående temaene ble videre ytterligere bearbeidet for å reflektere innholdet i dem mest mulig presist, og listen over temaer ble gruppert i hierarkier av mening bestående av hovedtema og deltema, og på denne måten gitt en struktur.

Oppsummerende tabell

Hovedtema og deltema ble strukturert ytterligere ved at de ble plassert i en oppsummerende tabell og illustrert med sitater fra materialet. Dette ble gjort for hvert intervju. Hovedtemaene som ble definert under struktureringen av tema ble beholdt i oppsummeringstabellen for samtlige intervjuer da de på dette steget i prosessen var presist formulert og ikke overlappet hverandre i særlig grad. For å ikke stå i fare for å miste viktige meningsenheter valgte forskeren å heller inkludere for mye enn for lite i oppsummeringstabellene, og heller eventuelt fjerne temaer i den tematiske integreringen av alle tilfellene. De fem tabellene var svært like i forhold til hvilke hovedtema de inneholdt, mens hvilke og hvor mange deltemaer som gjorde seg gjeldende under disse varierte noe. Oppsummerende tabell for et av intervjuene er vedlagt i appendiks D.

Tematisk integrering av alle intervjuene

Under arbeidet med den tematiske integreringen av alle tilfellene ble det gjort en omfattende omstrukturering av temaene. Den mest overordnede grupperingen av temaene på tvers av materialet besto av tre hovedkategorier med utgangspunkt i et tidslinjeperspektiv: deltakernes opplevelser fra møtet med hjelpeapparatet i forkant av den aktuelle terapien, deltakernes opplevelse av den aktuelle terapien, og deltakernes opplevelse av endring som følge av den aktuelle terapien. De temaene som frem til nå har blitt beskrevet som hovedtema ble gruppert under disse, og således gjort om til deltemaer. Listen over eksisterende deltemaer ble kortet kraftig ned da de aller fleste var i overkant marginale, og ble hovedsakelig slått sammen til noe bredere underkategorier.

Strukturen som jeg sto igjen med etter den tematiske integreringen av alle intervjuene fremgår av presentasjonen av resultatene som følger i neste kapittel.

Resultater

I dette kapittelet presenteres resultatene fra undersøkelsen, etter tidslinjen før, under og etter terapien. For å gjengi deltakernes opplevelser mest mulig nøyaktig har jeg valgt å gjøre utstrakt bruk av sitater. Disse er i all hovedsak gjengitt ordrett. I noen tilfeller har jeg imidlertid valgt å utelukke deler av utsagn, markert i teksten som (...), og enkelte steder har jeg byttet ut eller satt inn et eller flere ord. Dette er gjort for å sikre anonymitet i tilfeller der sitatet inneholder navn og for å klargjøre meningsinnholdet der sitatet er tatt ut av sammenheng, og er markert i firkantparentes. Alle deltakerne er representert gjennom sitatene. For å ivareta deltakernes anonymitet er det imidlertid ikke oppgitt hvem som har sagt hva i teksten.

For å gi leseren en bedre oversikt over utvalget har jeg valgt å lage en tabell som inneholder noen karakteristika ved hvert par.

Deltakere	Type tap	Tid siden tap ved terapistart	Barnets alder ved dødsfallet	Antall timer i terapi
Par 1	Sykdom	3 mnd	Ca. 3 år og 7 mnd	6 timer Pågående
Par 2	Perinatalt: I forbindelse med fødsel	1 ½ mnd	Ca. 0 mnd	5 timer Drop-out
Par 3	Perinatalt: Før fødsel	12 mnd	Ca. 0 mnd	25 timer Pågående
Par 4	Ulykke	6 mnd	Ca. 1 mnd	21 timer Pågående
Par 5	Perinatalt: Etter fødsel	3 mnd	Ca. 1 mnd	11 timer Pågående

Resultatene som følger omhandler deltakernes opplevelse av det aktuelle tilbudet som helhet, samt av tidligere erfaringer med hjelpeapparatet. Den aktuelle terapien er i all hovedsak en parterapi og ikke en sorgterapi, og mange av de opplevelsene deltakerne rapporterer handler følgelig om allmenne parterapeutiske intervensjoner. Mye av dette vil allerede være kjent for lesere som har erfaring med arbeid med par og familier, og funnene er også i tråd med mye av det vi vet fra terapiforskning for øvrig. Enkelte steder kommer det likevel frem at noen opplevelser er mer direkte relatert til den sårbare situasjonen deltakerne befinner seg i.

I presentasjonen som følger vil *noen* eller *enkelte* referere til opplevelser som deles av 2 par, mens *mange* eller *flere* referer til 3-4 par. Der et funn representerer en enkelt deltakers opplevelse som ikke deles av partner presiseres dette i teksten.

Før terapien

I det følgende omtales de erfaringene deltakerne hadde hatt med hjelpeapparatet før de kom i kontakt med det aktuelle tilbudet, samt hvilke forventninger de hadde til dette i forkant av terapiens oppstart.

Tidligere erfaring med hjelpeapparatet

Hvor mye og hvilken type oppfølging deltakerne hadde fått i forkant av den aktuelle terapien varierte noe. Samtlige oppgav å ha mottatt en eller annen form for oppfølging på sykehuset de nærmeste dagene etter tapet, og alle hadde også deltatt i en eller annen form for gruppesamtaler. Flere par nevnte diakon eller prest som en type oppfølging, og mange hadde også benyttet seg av likemannsstøtte i form av foreldreforeninger eller internettsider.

Deltakernes opplevelser fra denne oppfølgingen beskrives i det følgende. Et par hadde også deltatt på et samlivskurs i regi av Bufetat, et par hadde mottatt parterapi i forbindelse med sorgen et annet sted tidligere, og i enkelte par benyttet en av partene seg av individualterapi ved siden av det aktuelle tilbudet. Disse tilbudene omtales ikke.

Oppfølging fra sykehuset

Samtlige par hadde mottatt en eller annen form for oppfølging på sykehuset i tiden etter tapet, og hadde hatt en eller flere kontaktpersoner å forholde seg til der. Bare et av parene opplevde imidlertid denne hjelpen som tilfredsstillende, og alt i alt vitner deltakernes opplevelser om at sykehusets måte å forholde seg til etterlatte foreldre på ikke er god nok. Enkelte fortalte at oppfølgingen hadde vært god de første par dagene, for så å bli helt borte.

Vi synes det var veldig bra da vi var på sykehuset (...), men etterpå så var alt borte. Det føltes ut som om ingen var der.

Flere fortalte også at de hadde opplevd det som svært belastende at de hadde vært nødt til å ringe rundt selv for å få informasjon eller annen hjelp i den umiddelbare tiden etter tapet.

I utgangspunktet er vi jo ressurssterke begge to, men du blir veldig veik og var når du havner i en sånn situasjon.

Flere par hadde opplevd å få uklare beskjeder og unnvikende svar på spørsmål, og et par følte seg totalt overkjørt av sykehuspersonalet som hadde vært det som opplevdes som i overkant tydelige på hva de mente at var riktig å gjøre i tiden etter tapet. Et par hadde måttet forholde seg til rettslige instanser umiddelbart etter tapet som en følge av at barnet døde i en ulykke, og hadde opplevd at disse håndterte situasjonen på en svært brutal måte.

Gruppesamtaler

Alle parene hadde blitt tilbudt oppfølging i gruppesamtaler med andre i samme situasjon, og minst en fra hvert par hadde benyttet seg av disse tilbudene. Paret som hadde mistet barnet sitt etter langvarig sykdom hadde takket nei til tilbud om sorggruppe etter dødsfallet da det ville være vanskelig å finne en gruppe som var noenlunde homogen. De hadde imidlertid fått tilbud om å delta i en gruppe for foreldre med syke barn mens barnet levde, noe hun hadde benyttet seg av mest og var fornøyd med.

Blant de som hadde benyttet seg av sorggrupper i regi av sykehus etter tapet var det bare et par som satt igjen med en positiv opplevelse av dette tilbudet som helhet. Flere par rapporterte at de hadde måttet vente i 3-4 mnd før de fikk begynne i gruppen som et resultat av at sykehuset hadde ment at dette var det beste, og opplevde det som svært negativt. Enkelte par fortalte også at de hadde forventet at det skulle være en eller annen form for kontakt mellom gruppe medlemmene mellom møtene, noe det ikke var, og at det var noe de hadde trengt.

Noen av parene opplevde at det ble stilt for mange krav til dem i gruppen og at det å måtte forholde seg til alle andres vanskelige ting i tillegg til sin egen sorg var belastende. De nevnte også en rekke andre faktorer som bidro til denne følelsen, som for eksempel andre deltakere som skapte uro og gruppeledere som ikke skapte rom til å snakke om det som var aktuelt. Ut fra det deltakerne fortalte rundt dette virker det for meg utilstrekkelig at dette skal være det eneste behandlingstilbudet som tilbys denne gruppen.

Det er liksom vi to som er der. Det er grenser for hvor stor kapasitet jeg har, med fokus på [kona] og gruppelederen og alle de andre (...). Det blir alt for store krav da, i forhold til hva det er vi er der for.

Paret som var fornøyd med gruppetilbudet fortalte at gruppa hadde gitt dem en mulighet til å gi uttrykk for sorgen, lytte og bidra og til å kjenne seg igjen i andre.

Diakon og prest

Flere par nevnte prest eller diakon som et ledd i den oppfølgingen de hadde fått, og mange hadde opplevd at det var denne personen som i størst grad hadde fulgt dem opp etter at de hadde kommet hjem fra sykehuset. Opplevelsene fra denne oppfølgingen var imidlertid blandet. Et par hadde opplevd at presten ikke tok hensyn til de ønskene de hadde i forbindelse med begravelsen og opplevde generelt kontakten som negativ. Et par oppgav at det var godt å komme og snakke med noen til faste tider, men at de opplevde at samtalene hadde vært noe vage og at vedkommende manglet den fagligheten som terapeuten i den aktuelle terapien kunne tilby.

Selv om flere mente at prest eller diakon hadde utført sine oppgaver på en god måte var det enkelte som opplevde at de religiøse rammene som denne hjelpen ble gitt under ikke passet for dem, og at de derfor ikke hadde dratt nytte av denne typen samtalehjelp.

Det hjalp liksom ikke å tenke at Gud er med oss.

Foreldreforeninger og internettsider

Flere par hadde benyttet seg av foreldreforeninger og internettsider. En deltaker engasjerte seg aktivt i en foreldreforening, og opplevde at det i tillegg til det aktuelle tilbudet var dette som hadde vært til mest hjelp for henne gjennom sorgprosessen. De fleste opplevde imidlertid ikke at slike tilbud hadde vært til noen hjelp. Noen fortalte at de hadde meldt seg inn i foreldreforeninger uten å følge opp dette medlemskapet i særlig grad, og et par hadde meldt seg inn i en lukket internettside som de siden hadde meldt seg ut av da de opplevde at dette ble feil for dem.

Andre erfaringer

Flere par var sinte og skuffet over at de selv hadde måttet ringe rundt og mase på folk for å få informasjon og annen hjelp, og skulle ønske at hjelpeapparatet heller hadde ringt dem. Mange opplevde også at de hadde måttet vente alt for lenge på den hjelpen som ble tilbudt. Disse fortalte også at det hadde vært vanskelig å måtte forholde seg til så mange forskjellige mennesker i tiden etter tapet, og fortelle historien sin på nytt og på nytt.

Jeg har forholdt meg til utrolig mange mennesker det siste halve året, som jeg ellers aldri hadde møtt. Og heldigvis er jeg sånn at jeg liker å prate om det som har skjedd, men tenk hvis man ikke liker å prate eller synes det er kjempevanskelig.

Et par fortalte at de hadde forsøkt å få barn igjen uten å lykkes, og at de opplevde det enorme fokuset på å få et nytt barn både i den oppfølging de hadde fått fra sykehuset og i sorggruppa som svært negativt. Dette er i tråd med Dokas beskrivelse av ”disenfranchisement” av sorgen, som jeg har redegjort for i teorikapittelet. Han nevner spesielt at både leger og støttenettverk for øvrig ved å fokusere på muligheten til å få et nytt barn ofte bidrar til at tapet bagatelliseres. Mor i dette paret fortalte også at hun opplevde det at hun skulle se det døde barnet og tilbringe tid med det etter fødselen bidro til at sorgen hadde blitt tyngre å bære.

For meg hadde det nok vært riktig å ikke trykke på den mamma-knappen.

Hun opplevde i tillegg at sykehusets måte å formidle informasjon om tap av barn på hadde bidratt til å gjøre sorgen vanskeligere for henne.

Jeg tror at det hadde vært bedre med en oppfølgingssamtale etter en uke eller ti dager, en relativt kort periode, men likevel sånn at man får noe tid til å være i sin egen sjokktilstand før man tar innover seg at de neste 4-5 åra kommer til å være et levende helvete.

På bakgrunn av det deltakerne forteller om møte med hjelpeapparatet er det tydelig at flere opplever at den oppfølgingen som var tilgjengelig ikke har vært tilstrekkelig. For mange var dette også noe av bakgrunnen for at de hadde valgt å benytte seg av det aktuelle tilbudet.

Forventninger til terapien

Et par fortalte at de ønsket å benytte seg av tilbudet for å få hjelp til å bearbeide sorgen, og at de ikke hadde noe ønske om å snakke om parforholdet sitt her. Far i dette paret fortalte også at han hovedsakelig hadde sagt ja til å bli med for å hjelpe mor, da han opplevde at det var hun som var sterkest preget av sorgen. Dette er som nevnt en kjent situasjon for behandlere som jobber med sorg. De resterende parene oppga imidlertid at de ønsket hjelp til å snakke om hvordan tapet hadde påvirket parforholdet. Noen av disse hadde vært gjennom en vanskelig periode før de kom i kontakt med tilbudet og beskrev et akutt hjelpebehov, mens

noen ønsket forebyggende hjelp slik at forholdet ikke skulle ta skade på sikt. For disse parene var det viktig at de fikk et tilbud sammen.

For meg så var det ikke bare mitt [problem], det var vårt. Og det var veldig viktig for meg at det skulle løses som om det var vårt, og ikke mitt.

Flere av parene fortalte at de hadde opplevd vanskeligheter i forbindelse med at de to sørget forskjellig og var på ulike steder i sorgprosessen, og oppga dette som et viktig tema de ønsket å snakke om i terapien. Det å få hjelp til å snakke om aktuelle problemstillinger ble også oppgitt som en viktig årsak til at de valgte å benytte seg av tilbudet. Jobb, helse, søvnproblemer og nytt barn ble blant annet nevnt som slike temaer.

Vi snakket om det at det skulle bli bra å liksom få satt av den tiden på en måte, der man har fullt fokus på [det som er vanskelig]. (...) det er jo snakk om å holde hodet over vann og på en måte prøve å få til en hverdag også.

Samtlige par omtalte et behov for å snakke med en nøytral tredjepart som kunne hjelpe dem til å se ting fra et annet synspunkt, plassere ting, rydde opp i ting og fungere som en støttespiller og samtalepartner rundt det de hadde opplevd. I tilfellene der behovet for hjelp ble beskrevet som akutt oppga parene at de i begynnelsen hadde trengt å nærmest ha en mekler tilstedet fordi alt var blitt så betent. De beskrev dette som et resultat av at de opplevde vanskeligheter med kommunikasjonen, og at de hadde fått mindre kapasitet til å tolerere og gi til hverandre som en følge av tapet.

Flere av parene var blitt satt i kontakt med det aktuelle tilbudet gjennom sykehuset, og visste derfor at de skulle til en terapeut som hadde kompetanse på sorg i forbindelse med tap av barn. Parene som selv hadde tatt kontakt med familievernkontoret forventet imidlertid at det var snakk om parterapi og ikke sorgterapi, selv om dette på mange måter også hang sammen for dem.

Det [at vi tok kontakt] var jo relatert til det at vi hadde mistet også. Jeg visste jo at det var en årsak til at vi kom hit, men jeg hadde ikke forventet å møte kompetanse rundt det.

Forventningene til terapien hadde følgelig endret seg noe etter at terapeuten ringte og informerte om tilbudet, til å også inkludere forventninger om at terapeuten skulle vite noe om sorgreaksjoner og problematikken som oppstår i et forhold etter tapet av et barn. Da terapien startet forventet nesten alle at terapien skulle dreie seg om parterapi innenfor rammene av at de hadde mistet, mens et par forventet at terapien hovedsakelig skulle dreie seg om sorgbearbeidelse.

De fleste parene hadde ikke hatt noen erfaring med lignende tilbud fra før av, og var blant annet spent på hvordan det skulle være å snakke med en psykolog og på hvordan tilbudet skulle se ut. Mange var også opptatt av hvem terapeuten var og var spent på hvordan kjemien med ham skulle bli.

Jeg var egentlig mest spent på kjemien med [terapeuten], for jeg tenker at det er av betydning. Om man snakker så man treffer hverandre. Det er jo ikke gitt at man gjør.

Terapiprosessen

Hvordan deltakerne opplevde den aktuelle terapien framstilles under temaene relasjonen til terapeuten, terapeutens tilnærming og metode, og mål og tema i timene. Det vil gjennom disse resultatene bli synlig for leseren at fire par i all hovedsak opplever både terapeuten og terapien på en positiv måte, mens et par er mindre fornøyd med tilbudet. Hvilke forventninger dette paret hadde til terapien skilte seg imidlertid fra de øvrige deltakernes forventninger i det at disse så for seg en sorgterapi framfor en parterapi, og det kan tenkes at denne forventningen kan ha bidratt til den negative opplevelsen.

Relasjonen til terapeuten

Samtlige deltakere opplevde at terapeuten hadde møtt dem på en god måte. Egenskaper ved terapeuten som trygg, rolig, avslappet, lun og ydmyk ble omtalt av alle som noe som bidro til dette. Flere av parene fremhevet også at terapeuten var tålmodig, at han ga tid, og at han var flink til å lytte.

Jeg tror at det vi trenger er en varsom hånd, og ikke noen som skal pushe oss rundt.

Flere par beskrev i tillegg terapeuten som vennlig, omtenksom, forståelsesfull og overbærende. Mange opplevde spesielt at terapeuten brydde seg og at han var tilstedet i samtalen.

Han gir inntrykk av å være utrolig interessert og oppriktig, og genuin. Og det setter jeg veldig stor pris på.

Flere par opplevde terapeuten som rettferdig, på den måten at han var opptatt av at begge skulle få like mye tid. Noen nevnte også at de synes at han var flink til å være nøytral, og at han var opptatt av å ikke trække på noen. Mange fortalte også at de satte stor pris på at terapeuten var åpen, turte å være personlig og at han ga av seg selv. Dette ble spesielt satt i sammenheng med at han kunne snakke om sin egen tapsopplevelse.

Vi føler at han gir veldig mye. Og deler av sine opplevelser også, med tanke på hva som har skjedd med ham. Og det er klart at det er tillittsskapende for oss også.

Enkelte par beskrev terapeuten som en positiv person som hadde en personlighet som var lett å like. Noen beskrev også terapeuten som tydelig og direkte, og satte pris på at han turte å utfordre og presse dem og at han var flink til å gå inn i ting uten å trække over grenser og å ta tak i ting selv om det var ubehagelig.

De fleste mente at det hovedsakelig var egenskaper ved terapeuten som gjorde at terapien opplevdes som et trygt sted å være. Mange mente imidlertid at forhold som omhandlet behandlingstilbudets form og rammer også bidro til dette. Et par fortalte at de hadde en sterk mistillit til systemet allerede før de kom, mens forventninger til profesjonalitet preget de resterende parenes opplevelse av terapien på en positiv måte.

Jeg tenker at det har jo mye å gjøre med hans personlighet, at han er avslappa og trygg liksom (...). Settingen er jo ganske formell på en måte, så det har jo alt å si med de tre menneskene som er der.

Jeg tror det har noe å gjøre med at vi har kommet hit for å bli tatt vare på. Det er ikke helt riktig ord det heller, men jeg hadde en forventning helt fra starten av at dette var profesjonelle folk, at dette var noen som hadde fagkunnskap om terapi og behandling, og også etter hvert sorg. Jeg hadde nok en forventning om at dette her skulle være proft.

Noen par mente også at personlige egenskaper ved dem selv bidro til hvorvidt det kjentes trygt å snakke om ting i terapien.

Hvis du tenkte på om det er noe vi er flaue for å snakke om eller om vi blir blyge og ikke tør og sånn, ikke noe problem. Vi er ikke så veldig blyge.

Det er jo det å tørre å kunne snakke om alt på en måte, men det er jo noe med meg, det har jo ikke noe med [terapeuten] å gjøre.

Terapeutens tilnærming og metode

Et par opplevde terapeutens fokus på relasjonen dem i mellom som ubehagelig og for personlig, og følte at terapeutens måte å jobbe på generelt passet dårlig for dem. De oppga imidlertid at de var sterkt preget av et dårlig møte med hjelpeapparatet fra tidligere av, og at de som en følge av dette trodde de var mindre mottakelige for de tingene terapeuten prøvde å snakke om. De resterende parene fortalte at de opplevde at terapeutens måte å jobbe på passet godt for dem

Jeg kommer ikke på noenting som ikke passer. Det er aldri sånn at, altså det har vært vanskelig, men jeg har ikke følt at nå er det liksom helt feil, eller at jeg ikke skjønner hvorfor jeg sitter her på en måte.

Flere spesifikke teknikker terapeuten benyttet seg av ble nevnt i intervjuene, blant annet rollespill, tegning og visualiseringsteknikker. Mange fortalte også at de satt spesielt stor pris på at terapeuten kunne gi råd, og at han kunne styre samtalen litt innimellom. Teknikker som ble nevnt av fire eller fem par beskrives nærmere under.

Aktiv lytting

Mange par fortalte at terapeuten var flink til å lytte, noe han viste enten gjennom å spørre videre på ting, kommentere ting som var blitt sagt i tidligere timer, eller oppsummere det de hadde fortalt.

Han oppsummerer eller sier hele tiden hvordan han har forstått ting, hva han liksom har hørt i sitt hode. Da vet vi at vi snakker om det samme, eller at han har hørt det som var ment og så videre.

Hjemmelekser

Flere par hadde opplevd at terapeuten ga dem hjemmelekser. Disse gikk stort sett ut på kommunikasjonsøvelser og det å gjøre noe sammen, som for eksempel å gå en tur eller sette av en halvtime hver kveld til å snakke sammen. Alle hadde imidlertid opplevd disse oppgavene på forskjellige måter. Noen fortalte at de hadde fått hjemmelekser i begynnelsen av terapien men av ulike grunner ikke gjort dem. Et par hadde gjort noen øvelser som omhandlet kommunikasjonsteknikker, men ikke de som gikk ut på å gjøre noe sammen. Disse skulle ønske at terapeuten hadde tatt mer tak i dette og vært litt strengere med dem. Et par hadde forsøkt å gjøre noen parøvelser, men synes dette ble kunstig og var enige om at dette ikke var det mest nyttige de hadde med seg fra terapien. Et par fortalte at de synes oppgavene de fikk var helt ok, da de omhandlet ting som de uansett likte å gjøre sammen. Et par opplevde også hjemmeleksene som svært positive.

Da har vi liksom noe å snakke om neste gang også, da er vi liksom litt forbredt på hvordan neste time blir og. Vi trenger jo litt forutsigbarhet, mer nå enn vi noen gang har gjort.

Individualtimer

Flere av parene opplevde at terapeuten var opptatt av at begge skulle ha like mye tid, og at han involverte begge to like mye i alt. Dette ble av de fleste opplevd som positivt, selv om en deltaker ønsket seg flere individualsamtaler med terapeuten ved siden av parsamtalene.

Han liker for eksempel ikke å snakke med en av oss separat, og hvis det skal være noe, hvis han liksom tillater seg å gjøre det, så passer han veldig på at den andre parten får vite hva som har blitt snakket om og utfallet av det.

I motsetning til dette rapporterte paret som var misfornøyd med terapien at terapeuten hadde foreslått å snakke med den ene parten alene flere ganger, og at de opplevde dette som negativt.

Normalisering av sorgreaksjoner

Samtlige par fortalte at terapeuten hadde snakket om normale sorgreaksjoner i en eller annen sammenheng, men at dette stort sett var ting de visste fra før og følgelig ikke ble forløsende på noen måte. Flere rapporterte imidlertid at de hadde satt stor pris på at terapeuten jobbet med perspektiver og prøvde å veilede dem til å se hverandres synspunkt. Mange nevnte dette i sammenheng med det å sørge forskjellig.

Han nesten tvinger oss inn hverandres verden. Det gjør det lettere å forstå hvorfor den ene sier og gjør som han gjør, og hvor forskjellige vi faktisk er.

Fremtidsfokus

Samtlige par hadde opplevd at terapeuten var opptatt av fremtiden deres. Et par fortalte at de ikke synes det hjalp å se fremover når de sto midt i det kaoset de sto i, og en deltaker påpekte også at han noen ganger hadde vært redd for at for mye fokus på fremtiden kunne gå på bekostning av det som var aktuelt. Et par fortalte at de synes det var vanskelig å snakke om fremtiden da de hadde forberedt seg på et liv som så annerledes ut enn det gjorde i dag. Disse opplevde imidlertid i likhet med de resterende parene fokuset på fremtiden generelt som noe positivt.

Det er jo greit å planlegge litt sånn fremover (...). Det er et håp der framme liksom.

Det hjelper meg å bryte litt ut av depresjonen.

Også bare det å tenke framtid da, man blir jo ikke så veldig framtidsorientert akkurat.

Kontekstuelle forhold

To forhold som omhandlet rammene for tilbudet ble også nevnt spesifikt av flere av parene. Mange par opplevde det som svært positivt at de selv hadde fått være med på å bestemme når og hvor ofte de skulle komme. Disse opplevde også at terapeuten var fleksibel i forhold til tid.

Det virker ikke som om klokka er så veldig viktig, og det er så godt (...). Han tar seg tid.

Flere fortalte også at terapeuten gjorde seg bruk av videoopptak under noen av terapitimene. De fleste omtalte dette som uproblematisk og rapporterte at de hadde tillitt til at terapeuten respekterte materialet. En deltaker opplevde imidlertid at dette gjorde noe med tryggheten og at de timene som ble filmet følgelig ble opplevd på en litt annen måte.

Terapeutens egenerfaring

Flere av parene opplevde det at terapeuten selv hadde opplevd å miste et barn og kunne bruke sine egne opplevelser i terapien som svært viktig. Ifølge disse ga dette terapeuten en større dybde og troverdighet, og bidro til en følelse av at han ville deres beste. Dette spilte følgelig også inn på relasjonen deltakerne hadde til terapeuten.

Det blir kanskje å gå over noen grenser innimellom, men det er veldig godt å høre at han skjønner hva vi snakker om.

Mange opplevde også at det at terapeuten hadde opplevd det samme gjorde en forskjell i samtalerne med ham, og satt med en opplevelse av at han hadde en annen forståelse av ting som følge av at han hadde erfart det selv og at dette også gjorde at det føltes mer naturlig å snakke med ham om tapet. For en deltaker hadde det at terapeuten hadde opplevd noe lignende selv vært en forutsetning for at hun ønsket å benytte seg av tilbudet.

Man merker veldig godt forskjell på de som lever på en rosa sky og de som har opplevd noen tøffe tak i livet. De snakker på en helt annen måte, og har en helt annen evne til å på en måte se hva det går i.

En deltaker opplevde det også som spesielt positivt å få snakke med noen som både hadde opplevd det samme og var en fagperson.

Altså, vi har snakket med andre som har opplevd det samme, og vi har snakket med fagpersoner, men vi har på en måte aldri snakket med kombinasjonen (...). Og den kombinasjonen der, av å gi og ta, den synes jeg har vært unik.

Paret som var misfornøyd med terapien opplevde ikke at det at terapeuten hadde opplevd det samme utgjorde noen forskjell for dem med tanke på disse tingene. For mor i dette paret bidro det tvert i mot til en forsterket følelse av at alle andre håndterte sine tap på en god måte og at hun selv ikke fikset det. En deltaker opplevde også at terapeutens tapsopplevelse hadde bidratt til at hun holdt litt tilbake i begynnelsen av terapien.

Jeg var redd for at jeg måtte beskytte ham, og følte at jeg ikke kunne komme med mitt i frykt for at han ikke ville tåle å høre det.

Mål og tema i terapien

Samtlige par oppga at hovedfokus i terapien hadde vært på parforholdet og hvordan de to skulle leve sammen og ha det fint. Noen fortalte at det følgelig ikke hadde vært så mye fokus på å gå igjennom tapshistorien, noe en deltaker skulle ønske at det hadde vært mer plass til. Parene opplevde imidlertid at de temaene det ble jobbet med var innenfor rammen av sorg og i sammenheng med det de hadde opplevd.

Dette er ikke et sted vi snakker veldig masse om [datter]. Og det er veldig bra, jeg tror det er kjempehurt. Nå er det på en måte oss, og det å på en måte snakke mye om henne det kan vi jo gjøre andre steder.

Samtlige par opplevde også at terapeuten var åpen for de temaene de ønsket å snakke om, og at han var flink til å skape rom for det de kom med. De fortalte at terapeuten stor sett åpnet timene med å spørre om hva de ville bruke tiden på, noe de aller fleste synes at var svært positivt. Et par hadde imidlertid blandede følelser rundt dette.

Han spurte litt sånn som du spør nå, om vi har noen tanker rundt, og hva vi ønsker å oppnå. Men saken er den at jeg var helt tom. Jeg var bare sånn, jeg vet ikke jeg, bare få vekk [det vonde].

Flere nevnte at terapeuten kunne styre samtalene litt i blant og hjelpe til å sette tema, men at dette aldri gikk på bekostning av det som var aktuelt. Noen fortalte også at terapeuten var flink til å huske på temaer som de hadde måttet parkere i en time, og at han alltid tok dette opp igjen i neste time.

[Terapeuten] har vært flink til å ta opp aktuelle temaer, også har han vært flink til å huske på de tingene vi har måttet parkere. Han er veldig opptatt av at de tingene som vi føler at er vanskelige blir diskutert.

Enkelte par fortalte at det var noen temaer som de hadde tenkt på at de ikke hadde fått anledning til å snakke om i terapien frem til nå, men at de opplevde at dette hovedsakelig var deres eget ansvar. En deltaker følte imidlertid at det også hadde noe å gjøre med at han ikke ville blande seg borti det terapeuten gjorde. Flere deltakere fortalte også at de hadde tillitt til terapeutens måte å jobbe på, uten at dette hadde gått på bekostning av egne ønsker for hva de skulle snakke om.

Jeg ser vel litt på det som at [terapeuten] er eksperten her, han har vært igjennom flere prosesser med folk før, og jeg stoler på at han velger de riktige temaene å snakke om. Og jeg føler at jeg alltid kan si hva jeg vil.

Noen av parene fortalte også at terapeuten benyttet seg av et skjema som skulle kartlegge hvor de var hen i forkant av timene i tillegg til SRS, og beskrev dette som et nyttig hjelpemiddel da det hadde bidratt til å raskere komme frem til tema som var aktuelle.

Paret som fortalte at de følte at fokuset på parforholdet ble feil for dem følte heller ikke at det var lettere å ta opp ting her enn andre steder. De resterende parene var imidlertid enige om at det var visse ting det var lettere å snakke om i den aktuelle terapien enn i andre forum. Disse fortalte at samtalene her i stor grad handlet om samspillet dem i mellom, og at dette temaet ikke hadde fått det samme fokuset i andre forum. Selv om alle hadde hørt eller lest at tap av barn kan være en stor påkjenning for parforholdet hadde ingen opplevd at det var blitt gått noe særlig i dybden på dette temaet andre steder, og følte heller ikke at det passet å ta opp dette selv.

Man sitter liksom ikke og snakker om samlivet sitt til en diakon på en måte... Ikke vi hvertfall.

Jeg snakker ikke så mye om oss når det gjelder psykologen heller, det er mest meg. Det er egentlig veldig lite oss faktisk.

Det oppleves veldig viktig og veldig riktig å ha fokus på paret. Det er liksom, det er vi to som skal fortsette å leve sammen.

Tre av parene var også enige om at det er mange ting som er så private at det ikke ville vært passende å dele dem i en gruppesetting. Dette kunne gjelde sexliv og andre forholdsrelaterte temaer, men også mer generelle følelsesuttrykk.

Jeg tror ikke du føler deg like trygg til å uttrykke deg i en gruppe. Det har vært stunder hvor vi har vært ganske sinte på hverandre, hvor jeg har uttrykt det i terapien. Det ville jeg ikke ha gjort i en gruppe.

Noen par opplevde også at det var en annen grad av profesjonalitet i det aktuelle tilbudet enn det hadde vært andre steder, og at det var lettere å stole på at en psykolog hadde taushetsplikt.

Selv om det heter seg at man har taushetsplikt [i sorggruppen] så har man ikke det samme forholdet til at ting blir innenfor fire vegger der som man har her (...). Så det er en stor forskjell. Både det at det er mange flere ører, og det at det er mange flere munn.

Etter terapien

Selv om det bare var et par som hadde avsluttet behandlingen da denne undersøkelsen ble gjennomført oppga alle at de hadde merket endringer som følge av den. Disse gjorde seg gjeldende i form av endringer i relasjonen dem i mellom og i relasjonen til andre og beskrives nærmere under. Hva deltakerne satt igjen med som det viktigste fra terapien som helhet presenteres også i det følgende.

Terapiens innvirkning på relasjonen dem i mellom

Flere par fortalte at terapien hadde hatt en merkbar effekt på relasjonen dem i mellom. Disse nevnte spesielt at terapien hadde bidratt til at de var blitt flinkere til å snakke sammen og sette ord på ting, og at de var blitt mer oppmerksomme på hverandre og hverandres behov. Også paret som fortalte at de ikke følte at de trengte hjelp til ting som omhandlet parforholdet og at det ikke var derfor de hadde kommet oppga en ørliten innvirkning på relasjonen, i det at de var blitt flinkere til å lytte og til å akseptere den andres måte å reagere på.

Vi har blitt mye mer obs på hva som er problemene mellom oss, og det er mye lettere å jobbe med ting når du har snakka om det, høyt (...). Du har jo egentlig nok med deg selv når det har skjedd, såne ting, også skal vi være to også skal vi være kjærester.

Det å ha fått hjelp til å se hverandres perspektiver hadde for mange også bidratt til mer aksept for den andres måte å være på, og til at det var blitt lettere å forstå den andre. Dette ble oppgitt som svært viktig.

Det er vel en sånn innvirkning som det har hatt, samtalene med [terapeuten]. At, ja aksept, eller, mer forståelse kanskje da, av at nå er du der mens jeg er et annet sted. Noen ganger må man bare akseptere det. Og det har blitt litt lettere etter hvert å dele det også. For det er ikke alltid det er gitt heller, at en deler hvordan det er.

Flere fortalte også at de var blitt flinkere til å ta tak i ting tidligere enn de gjorde før, og at de taklet ting bedre når noe skjedde.

Nå har vi en erfaring på at hvis vi tar tak i et problem og prøver å løse det så klarer vi som regel å løse det, heller enn at det går for lang tid og [problemet] bare spinner seg videre.

For noen hadde terapien bidratt til at forholdet hadde beveget seg fra en akutfase til et mer normalt nivå.

I begynnelsen [av terapien] handlet det mest om å gjøre hverdagen levelig. Nå handler det mer om å etablere en framtid, og om hva vi ønsker å fylle forholdet og livene våre med.

Et par fortalte også at terapien hadde bidratt til at de taklet foreldrerollen bedre.

Jeg tror at det som er viktig i forhold til [datter]er at vi prøver å jobbe sammen (...). [Terapien] har gjort oss mer samarbeidsvillige, noe som gjør oss til bedre foreldre.

Terapiens innvirkning på relasjonen med andre

Et par oppga at de ikke hadde snakket så mye om nettverk og relasjonen til andre i terapien, og merket følgelig ikke noe forskjell på dette området. De fortalte imidlertid at de kjente på det at folk ikke var der lenger.

Man føler det kanskje som et svik, men det er jo ikke det det er egentlig. Men man føler seg så ensom ikke sant. Så jeg tror det er lurt å prate litt mer om.

De resterende parene oppga at terapeuten hadde brukt tid på å snakke om dette temaet i terapien. Flere par opplevde dette som viktig, mens en deltaker opplevde at dette ble feil for henne.

Han var veldig opptatt av hvor sosiale vi var. (...) men det var mer sånn at jeg måtte prøve å gjøre ting. Veldig sånn press på at jeg måtte komme meg ut (...). Og da følte jeg meg egentlig litt ekstra rar. Så det ble litt sånn, ennå en ting som [jeg ikke fikk].

Flere par opplevde at det hadde vært godt å få luftet noen frustrasjoner rundt temaet. De oppga imidlertid at de ikke hadde merket noen endringer i hvordan de forholdt seg til nettverket sitt, men at de likevel følte at temaet hadde fått nok plass i terapien.

Jeg tror ikke at jeg ville sagt at en samtale om det i stor grad skulle gått på bekostning av noe av det vi har snakket om, vi har snakket om viktigere ting.

Enkelte opplevde også at terapien i en eller annen grad hadde påvirket relasjonen til andre.

Å få justert noen forventninger, eller å få forventningene satt riktig. (...) Det er i hvertfall bra, det har vært bra å snakke med [terapeuten] om det.

Opplevelser som framsto som de viktigste fra terapien som helhet

Samtlige par oppga at de synes det var positivt at det fantes et partilbud til foreldre som hadde mistet barn. Paret som opplevde at de ikke hadde fått noe utbytte av tilbudet trodde heller ikke at terapien hadde gjort noen skade, annet enn at mor i dette paret reagerte med å bli mer lei seg og trist umiddelbart etter timene. De resterende parene hadde imidlertid satt stor pris på tilbudet.

Jeg tenker at dette har reddet oss fra mye. At det er, alle bør få det liksom, få hjelp (...). Og jeg skryter av det til alle, og anbefaler det til mange og.

Disse opplevde spesielt fokuset på parforholdet og bevisstgjøringen av kommunikasjon og perspektiver som det mest nyttige, og understreket at det hadde vært viktig å få komme sammen. For mange hadde det også vært viktig at terapeuten var tilstede for dem begge to uten å være partisk.

Alle andre vi har å betro oss til er venner (...) som enten er venn av [kona] eller venn av meg. Og du kan jo på en måte aldri være trygg på at det synet er upartisk.

Noen fortalte også at de opplevde samtaleformen i terapien som svært positiv.

Når vi er her så har vi veldig bevisste samtaler, det er ikke rom for alt det fyllet som på en måte er hverdagen. Vi skjærer mye mer ned, vi er mye mer konsentrerte og bevisste når vi snakker sammen her enn når vi snakker sammen hjemme.

Flere fortalte at de opplevde det at tilbudet var så tilgjengelig som en viktig ting, i det at det ikke hadde vært noen ventetid, at de ikke måtte innom fastlegen og at det var gratis. Mange trakk også spesielt frem det at de selv fikk være med på å bestemme hvor ofte de ville komme som spesielt positivt, samt at terapeuten ga dem tid og ikke var så opptatt av klokken. At terapeuten selv hadde opplevd å miste barn ble også trukket frem av flere som overordnet viktig.

Diskusjon

Forskningslitteraturen er full av data som indikerer at sorg kan bidra til en rekke negative utfall for etterlatte. Feliciano og Areán (2007) referer til forskning som viser at negative livshendelser kan bidra til utviklingen av depressive lidelser, og Johnson (2005) påpeker at en rekke typer dødsfall kan bidra til utviklingen av PTSD, deriblant tap av barn. I følge Dyregrov (2006) viser både norsk og internasjonal forskning både langvarige og til dels dramatiske helsemessige følger for foreldre som mister barn. Vance et al. (1995) fant i en studie av kjønnsforskjeller i etterlatte foreldres reaksjoner på tap av barn i krybbedød, neonatale dødsfall (definert i Wikipedia (2011) som dødsfall i løpet av de 28 første dagene etter fødselen) og dødfødsler at prevalensen av psykiske helseproblemer for disse foreldrene var høyere enn for kontrollgruppen ved alle måletidspunkter, og at det ikke var noen kjønnsforskjeller i denne effekten. Forskerne fant en gradvis minskning av symptomer over tid, men til og med 30 måneder etter tapet var psykiske helseproblemer dobbelt så høye som for kontrollgruppen (Vance et al., 1995).

Jordan og Neimeyer (2003) konkluderer i en gjennomgang av forskning på sorgbehandling med at effektstørrelsene for intervensjoner for etterlatte er overraskende lave. Worden (2010) peker imidlertid på at studiene det refereres til her har en rekke metodologiske svakheter. Han nevner også at det har blitt foreslått at sorgbehandling kan gi negative effekter, uten at dette har blitt empirisk validert. Parkes (gjengitt i Worden, 2010) konkluderer i en gjennomgang av forskningen med at sorgbehandling har vist seg å kunne redusere risiko for psykiatriske og psykosomatiske plager som følge av tap, spesielt når det kommer til de som opplever mindre støttende omgivelser eller som av andre årsaker befinner seg i risikogrupper. Worden (2010) oppgir også at hans kliniske erfaringer bekrefter at risikogrupper drar mest nytte av slik behandling. Han omtaler foreldre som har mistet barn som en subgruppe av etterlatte som har økt risiko for dysfunksjon som følge av tapet, og mener at flere av disse følgelig kan ha særlig nytte av sorgbehandling. Hvilken oppfølging som tilbys denne gruppen i praksis varierer imidlertid i stor grad.

Tilbud om oppfølging til etterlatte foreldre

I følge Worden (2010) finnes det tre tilnærminger til hvem som burde tilbys profesjonell oppfølging etter tap av en nærstående person. Den første er at alle som opplever et dødstop

skal bli tilbudt slik hjelp. Worden peker på at både enorme kostnader og andre faktorer gjør det vanskelig å kunne tilby en så universell hjelp, og at forskning også har vist at dette heller ikke synes å være nødvendig. En annen tilnærming er at hjelp tilbys alle som søker det, slik som har vært tilfellet ved det tilbudet jeg har studert. Dette er mer kostnadseffektivt, men innebærer at de etterlatte må oppleve en eller annen form for vansker før de kan få hjelp og at de selv på en eller annen måte må formidle dette. For flere av deltakerne i studien opplevdes det som en påkjenning å måtte ringe rundt for å orientere seg om aktuelle tilbud og selv være nødt til å be om hjelp. Disse uttrykte spesifikt at de skulle ønske at det hadde fantes en eller annen form for samarbeid mellom det aktuelle tilbudet og sykehuset slik at familievernkontoret kunne ha tatt direkte kontakt med dem etter tapet og informert dem om tilbudet. Parene som fortalte at terapeuten hadde tatt kontakt med dem etter oppfordring fra kontaktpersonen på sykehuset opplevde dette som svært positivt. Disse opplevelsene er mer i tråd med den tredje tilnærmingen Worden (2010) foreslår, nemlig at hjelp burde tilbys de vi på forhånd vet at er i en høy-risiko gruppe.

Dyregrov (gjengitt i Eriksen, 2003) mener at det er profesjonelle helsearbeideres ansvar å formidle kunnskap til par som har mistet barn, og at helsepersonell bør informere etterlatte foreldre om sorg og parforhold både muntlig og skriftlig innen 14 dager etter tapet. I min undersøkelse kom det fram at samtlige par opplevde at de hadde blitt adekvat informert om sorgprosessen på sykehuset, og det at normale sorgreaksjoner ble adressert i terapien syntes følgelig ikke å ha vært spesielt avgjørende for deltakerne. Ekvik (2002) påpeker at mange etterlatte er uforberedt på hvor mye tapet okkuperer sinn og tanker i tiden etter dødsfallet, og at kognitive vansker som redusert evnen til å huske og konsentrere seg for mange kan oppleves som skremmende. Når det kommer til foreldrene i mitt utvalg er det imidlertid tydelig at disse var forberedte på slike forhold. Det kan tenkes at etterlatte foreldre er spesielt privilegerte når det kommer til det normaliseringsarbeidet som blir gjort i tiden etter tapet sammenlignet med andre etterlatte, da denne gruppen svært ofte oppholder seg på sykehuset i kraft av å være pasienter i en periode etter tapet og følgelig har tilgang på informasjon fra helsepersonell i denne tiden.

Samtlige par var i tillegg blitt informert om at tap av barn kunne være en påkjenning for parforholdet, og flere fortalte også at de hadde fått høre på sykehuset at skilsmisseraten var høyere for par som hadde mistet barn. Ingen av parene hadde imidlertid opplevd å få noen informasjon rundt hvordan de skulle forholde seg denne informasjonen. Etter min mening er

det bekymringsfullt at helsepersonell går såpass sterkt ut med informasjon uten å også formidle noe om hva de etterlatte eventuelt kan gjøre for å unngå slike negative utfall. Det kan i tillegg settes spørsmålstegn ved det faktum at det i det hele tatt informeres om at skilsmisseraten er høyere for denne gruppen, da dette på ingen måte framgår entydig av den foreliggende forskningslitteraturen (dette redegjøres det nærmere for under). Flere par fortalte at de hadde tenkt på denne informasjonen når problemene meldte seg, og for noen bidro dette til ekstra engstelse rundt hvorvidt parforholdet ville overleve. Flere oppga i lys av dette at de skulle ønske at de hadde fått informasjon om det aktuelle partilbudet mye før, slik at de i det minste hadde visst hvor de kunne henvende seg dersom de skulle oppleve problemer.

Hvilken praksis som er gjeldende innenfor en gitt kultur til en gitt tid vil åpenbart kunne få konsekvenser for hvorvidt etterlatte foreldre opplever hjelpen som tilbys som fordelaktig for tilpasningen til tapet. Eksempelvis oppfordrer i dag sykehuspersonell foreldre til å se og holde barnet i tilfeller der et barn dør ved fødselen. Denne praksisen er basert på antakelsen om at dette bidrar til å gjøre dødsfallet virkelig, samt tanken om at tilknytningsbåndet til barnet må styrkes før man kan sørge over tapet (Dyregrov, 2004). Disse antakelsene står i skarp motsetning til tidligere antakelser om at det var viktig å bryte båndet med den døde. I senere år har imidlertid flere studier funnet manglende støtte for at kontakt med det døde barnet fasiliteter sorgprosessen (Dyregrov, 2004). Dyregrov (2004) viser i tillegg til flere publikasjoner som har vist at mer kontakt med det døde barnet blant annet er forbundet med høyere nivåer av depresjon, angst og posttraumatiske stressproblemer. Mer kontakt med det døde barnet kan for en del foreldre altså synes å føre til at de strever mer og ikke mindre med tilpasningen til tapet. I mitt utvalg fortalte en mor i tråd med dette at hun opplevde å bli presset inn i en liksom-mamma rolle som senere ble revet ut av hendene på henne igjen, og at dette var svært tungt for henne. Hun trodde imidlertid at det hadde vært vanskelig for henne å velge det bort, og at hun ikke hadde noen forutsetning for å vite hvor uheldig det å se og holde barnet ville være for henne der og da. Dette handlet i aller høyeste grad om at fagpersonale på sykehuset anbefalte at dette var noe man skulle gjøre. Dyregrov (2004) understreker at det er kort vei mellom det som er terapeutisk og det som blir traumatisk i en slik situasjon, og at vi som helsearbeidere må tenke over vår praksis når det kommer til anbefalinger av hva som er riktig å gjøre for etterlatte i tiden etter tapet.

Samtalegrupper med mennesker i lignende situasjoner er en form for hjelpetiltak som ofte tilbys etterlatte foreldre, og for mange er dette også den eneste formen for oppfølging de får i

tiden etter tapet. Det å høre hva andre strever med kan tilby perspektiver på egen sorg, og for mange er bare det å høre at deres egne reaksjoner er normale til stor trøst (Ekvik, 2002). Flere av deltakerne i min undersøkelse fortalte imidlertid at de ikke hadde funnet seg til rette i sorggruppen og at de var skuffet over dette tilbudet. Mange fortalte også at de hadde måttet vente i 3-4 måneder før de hadde fått benytte seg av gruppetilbudet som et resultat av at sykehuspersonell hadde opplyst om at dette var å anbefale, noe samtlige opplevde som svært negativt. Hvor denne praksisen er hentet fra er for meg ikke synlig i litteraturen, og i følge deltakerne ble den heller ikke fulgt konsekvent da flere hadde opplevd å bli plassert i en gruppe der andre hadde mistet for så tidlig som 14 dager siden. Selv om mange fortalte at de hadde satt pris på å få et forum der de kunne gi uttrykk for sorgen sammen med andre kom det også fram at tilbudets form førte med seg en del begrensninger for hva deltakerne følte at de kunne dele. På denne bakgrunn er det mye som taler for at sorggrupper ikke bør være den eneste formen for oppfølging som tilbys etterlatte foreldre i sorgen.

Foreldre som klarer å skape en eller annen form for mening i sin egen lidelse har som allerede nevnt vist seg å gjøre det bedre enn de som ikke kan finne noen mening i tapet. Å engasjere seg i etterlatteforeninger er en slik form for meningsskaping, noe en deltaker i undersøkelsen hadde gjort og også fortalte at var noe av det som hadde vært det mest hjelpsomme for henne i sorgprosessen. Dyregrov og Matthiesen (1986) kommenterer imidlertid at forbausende få familier synes å være opptatte av religiøse sider av det som skjedde, og at den mening som tilskrives hendelsen i liten grad blir søkt på det religiøse området. Dette stemmer godt overens med det parene i min undersøkelse rapporterer. Den oppfølgingen som ble tilbudt av prest og diakon ble ikke opplevd å være av særlig hjelp for disse foreldrene.

Slike oppfølgingstiltak er likevel å regne for et supplement til kontakt med profesjonelle helsearbeidere og ikke en erstatning. I en studie av omsorg etter krybbedød og barneulykker (etterlattestudien) viser Nordanger et al. (2000) at ¼ av foreldrene rangerte profesjonell hjelp som den viktigste støtten i tiden etter tapet, men at de færreste hadde opplevd støtte fra profesjonelle i lengre tid enn en måned etter dødsfallet. Også i min studie kom det fram at foreldrene opplevde at hjelpen ble borte altfor raskt. Noen oppga også at det viktigste for dem i det aktuelle tilbudet var at det hadde en åpen slutt og at hjelpen var tilgjengelig så lenge de hadde behov for den. Det at et tilbud som retter seg mot mennesker i sorg har en åpen slutt høres også for forfatteren ut som en fornuftig måte å forholde seg til tidsperspektivet for behandlingen på, da hjelpebehovet kan variere fra par til par. Faste tidsrammer for

sorgbehandling kan også gi feilaktige signaler om hvor lenge det er akseptert å sørge. Vi vet at etterlatte foreldre allerede opplever å bli møtt med slike forventninger i svært mange sammenhenger. Etter min mening er det viktig at helsepersonell ikke bidrar til at sorgen avgrenses på en slik måte.

Forholdet til den som skal hjelpe

Nordanger et al. (2000) rapporterer at foreldrene i etterlattestudien opplevde at måten hjelpen ble formidlet på hadde vært av større betydning for dem enn det faktiske innholdet i denne. Personlig engasjement og innlevelse, uttrykt gjennom at terapeuten tok seg tid og viste fleksibilitet, nærhet og varme, ble spesielt trukket fram, og foreldrene hadde også reagert positivt på at terapeuten hadde vist egne følelser. Også Johnson (2005) understreker at genuinitet og åpenhet er spesielt viktige aspekter ved alliansen når det kommer til arbeid med sårbare grupper. Hun mener at terapeuten bør vise seg villig til å bli sett, og kan tillate seg å avsløre personlige reaksjoner under terapien så lenge dette blir gjort på en disiplinert måte. Dette er også i tråd med den relasjonelle praksisen som Wachtel (2008) argumenterer for. I motsetning til tidligere antakelser om at det å vise personlige reaksjoner i terapien vil stå i veien for nødvendig utforskningsarbeid påpeker Wachtel (2008) at det i dag ikke er uvanlig at terapeuter tar bevisste valg om å dele visse følelsesmessige responser med klientene underveis i terapien. Han mener også at slike former for selvavsløringer (i engelskspråklig litteratur referert til som "self-disclosure") i mange tilfeller vil virke positivt inn på det terapeutiske utfallet av behandlingen. Parene i min undersøkelse bekrefter i stor grad viktigheten av dette, og benyttet seg nettopp av beskrivelser som oppriktig og genuin når de skulle forklare hva det var som gjorde at de opplevde relasjonen til terapeuten som god. Selv om det i dag er allment kjent at relasjonen til terapeuten er noe av det som bidrar mest til det terapeutiske utfallet av en gitt behandling (Rønnestad & von der Lippe, 2003), formuleres det i denne sammenheng et spesielt behov for å bli ivaretatt og møtt av et menneske som forstår og viser omsorg. At terapeuten har turt å "by på seg selv" synes å være helt avgjørende for disse parene.

Worden (2010) peker på at egen sorg, spesielt der terapeutens tapsopplevelse ligner klientenes, kan virke forstyrrende for behandlingen der denne ikke har blitt bearbeidet adekvat, og at det er viktig at behovet for å jobbe med etterlatte ikke kommer fra et behov for å jobbe seg gjennom egen sorg. Han mener imidlertid at behandlere som har jobbet seg gjennom en sorg og som har løst denne på en god måte har potensiale til å gjøre mer signifikante intervensjoner enn de som aldri har opplevd tap og sorg. Dette bekreftes også av

parene i min undersøkelse. Flere fortalte at det at terapeuten hadde delt av sin egen tapsopplevelse bidro til å skape tillitt til at han forsto hvordan de hadde det og ville deres beste. Dette er en form for selvavsløring der terapeuten velger å bringe inn noe som omhandler hans liv utenfor terapirommet, og er på mange måter forskjellig fra den formen for selvavsløringer som omhandler terapeutens følelser og assosiasjoner som oppstår som reaksjoner på det som foregår i terapirommet. Wachtel (2008) mener at det å bruke egne erfaringer i terapien på denne måten kan bidra til at terapeuten kan fungere som det som i sosial læringsteori refereres til som en ”coping model”, en modell som klientene kan identifisere seg med som tydeliggjør at endring og mestring er mulig. Han mener også at denne formen for selvavsløringer vil kunne bidra til at klientene føler seg forstått, noe fire av parene i min undersøkelse bekreftet. En deltaker opplevde imidlertid at det at terapeuten delte erfaringer fra sin egen tapsopplevelse bidro til å forsterke den følelsen hun hadde av at alle andre enn hun selv mestret sine tap på en god måte. Dette er i følge Wachtel (2008) en fare ved denne formen for selvavsløringer. I dette tilfellet kan det tenkes at deltakeren ikke følte at hun kunne identifisere seg med terapeuten, og at hun derfor opplevde det han tilbød henne som en demonstrasjon av hvor enkelt det var å mestre situasjonen heller enn noe som symboliserte at endring var mulig selv for dem som hadde hatt det like vanskelig som henne.

Parkes (gjengitt i Worden, 2010) påpeker at tap og sorg ofte kan bidra til å gjøre terapeuten usikker, og at dette kan føre til følelser av frustrasjon, hjelpeløshet og sinne hos den som skal hjelpe. Terapeuten i min undersøkelse påpeker også at han tror at mange terapeuter kan bli usikre i møtet med sorgen, og at det å ha en trygghet i forhold til denne problemstillingen er viktig i arbeid med mennesker i sorg. Flere av deltakerne fortalte også at nettopp det at terapeuten hadde virket trygg i møte med deres sorgreaksjoner hadde vært viktig for dem. Denne tryggheten hadde bidratt til at det føltes naturlig å snakke med ham om tapet og gi uttrykk for sorgen. Mange trodde at dette hovedsakelig kom av at han hadde opplevd det samme selv, og noen ga også uttrykk for at alle som arbeider med sorg burde ha erfart et tap for å kunne forholde seg på en tilsvarende trygg og ivaretaende måte.

Rønnestad og von der Lippe (2003) konkluderer på bakgrunn av en rekke empiriske psykoterapistudier og forskningsoversikter at sannsynligheten for et gunstig resultat synes å øke dersom klientene oppfatter terapeuten på følgende måter:

- At terapeuten kan gi håp til klienten om at forandring er mulig
- At terapeuten blir oppfattet som interessert og engasjert

- At terapeuten blir oppfattet som respekterende
- At terapeuten blir oppfattet som forstående/empatisk
- At terapeuten blir oppfattet som samarbeidende
- At terapeuten blir oppfattet som å bidra til ny forståelse
- At terapeuten blir oppfattet som å oppmuntre til å konfrontere det som er krevende og vanskelig

I min studie kom det fram at de fleste deltakerne i stor grad opplevde at alle disse sidene ved alliansen var på plass, og i likhet med tidligere psykoterapiforskning understreket de at dette hadde vært av betydning. Mange forhold bidrar imidlertid til det endelige terapeutiske resultatet. Strukturelle forhold som rammebetingelser og tilgjengelighet av tjenester begrenser og muliggjør hvilke utviklingsprosesser som iverksettes (Rønnestad & von der Lippe, 2003), noe som også trekkes fram av deltakerne i min undersøkelse. I tillegg anslås variasjonen i det terapeutiske resultat som kan tilskrives klientene å være omkring 40 % (Lambert, gjengitt i Rønnestad og von der Lippe, 2003). Dette gjør seg kanskje spesielt synlig gjennom deltakernes ulike tapshistorier, tidligere erfaringer med hjelpeapparatet og forventninger til terapien i min undersøkelse, men virket også inn på hvor komfortable deltakerne var med å snakke om det som var vanskelig i terapien. Konklusjonen må være at terapeuten spiller en viktig rolle for hvordan det aktuelle tilbudet oppleves, men at de strukturelle forholdene rundt tilbudet og egenskaper ved klientene også bidrar til hvorvidt endring er mulig. Man kan i tillegg spørre seg om det stilles ekstra krav til relasjonen med terapeuten i tilfeller der det arbeides med mennesker i sorg, da behovet for ivaretagelse sannsynligvis er spesielt stort for denne gruppen.

Tap av barn og parforhold

Det er en vanlig antakelse at tap av barn fører til en økt sjanse for samlivsbrudd. Vance et al. (1995) fant at det generelt var en høyere frekvens av skilsmisser for denne gruppen det første året etter dødsfallet. De fant også at par som hadde opplevd vanskeligheter i forkant av tapet var spesielt utsatt for brudd. Også Najman et al. (1993) rapporterer om økt skilsmisserate i de to første månedene etter tapet av et barn, og finner i tillegg at kvaliteten på de ekteskapene som ikke går i oppløsning som følge av slike tap er dårligere. Forskjellene jevnet seg imidlertid ut allerede 8 mnd etter tapet (Najman et al., 1993), og Schwab (gjengitt i Eriksen, 2003) konkluderer ut i fra en gjennomgang av forskningen at forholdet mellom foreldre oftere styrkes enn svekkes etter tapet av et barn. Han mener at det ikke kan påvises overrepresentasjon av skilsmisser i denne gruppen. Dyregrov (2007) viser i sin undersøkelse

av nærhet og seksualitet etter et barns dødsfall at de fleste foreldre oppgir å ha kommet nærmere hverandre i parforholdet. I denne undersøkelsen oppga også en femtedel at de opplevde at parforholdet var som før, og bare rundt en tiendedel opplevde at de hadde kommet lengre fra hverandre etter tapet (Dyregrov, 2007).

Få forhold synes imidlertid å være uaffektet av tapet av et barn (Dyregrov, 1990). Alle parene jeg intervjuet oppga at parforholdet i en eller annen grad hadde blitt påvirket av tapet. Noen fortalte også at de ikke trodde at de ville ha vært kjærester i dag dersom det ikke hadde vært for det aktuelle tilbudet. Mangel på kommunikasjon og ulike måter å sørge på er som nevnt antatte hovedårsaker til at parforhold kan bli problemfylte i tiden etter tapet av et barn. Dyregrov (2007) fant at de parene som kom seg best gjennom tiden etter tapet brukte tid til samtaler, skapte muligheter for felles aktiviteter, og hadde respekt og forståelse for hverandres måte å reagere på. For deltakerne i min undersøkelse framsto også temaene kommunikasjon og aksept og forståelse for den andres måte å sørge på som spesielt viktige, både når det kom til hva deltakerne på forhånd hadde tenkt at de trengte hjelp med og til områder der de hadde opplevd endring som følge av terapien. Dette er aspekter ved tilknytningsbåndet til livspartner som jeg, i likhet med Johnson (2005), mener at lar seg best adressere i en parterapi. At parene i mitt utvalg også deler denne oppfatningen kom tydelig fram av en rekke utsagn som spesifikt omhandlet at det var lettere å snakke om sider ved relasjonen her enn i andre forum.

Et annet tema som angår relasjonen, og som i stor grad gjør seg gjeldende for denne gruppen, er hvorvidt man skal forsøke å få et nytt barn eller ikke. Dyregrov (1990) peker på at det å få et nytt barn kort tid etter tapet må regnes som den normale reaksjonen, da flere studier har vist at mer enn halvparten av etterlatte foreldre er eller ønsker å være gravide igjen i løpet av det første året etter dødsfallet. Hvorvidt man skal få et nytt barn, og eventuelt når man skal få et nytt barn, er imidlertid et stort og ømtålig tema som også kan skape problemer i et parforhold. Den ene kan kjenne seg sterkt motivert for å få et barn til, mens den andre kanskje er redd for å gå gjennom et nytt svangerskap (Ekvik, 2002). Dette var tilfellet for et par i min undersøkelse, som fortalte at nettopp dette i stor grad hadde vært bidragsgivende til at parforholdet var i ferd med å gå i stykker. Parene som var gravide igjen fortalte også om en del bekymringer relatert til svangerskapet. Eriksen (2003) påpeker at tillitten til at ingenting vondt kan skje er borte for godt hos par som har opplevd å miste et barn, og at angstnivået i forhold til å bli gravide igjen følgelig vil være høyere for disse parene enn for andre. I min

undersøkelse hadde parene nytte av at dette temaet ble adressert. Nytt barn var et av temaene som i stor grad gikk igjen i det deltakerne beskrev som aktuelle problemstillinger, og flere av parene fremhevet betydningen av at terapeuten hadde skapt rom for at slike tema kunne tas opp i terapien. Dette gjaldt også andre tema, som for eksempel jobb og helse. Det at terapeuten hadde hatt kunnskap om de problemstillingene som ble omtalt som aktuelle, både generelt og som resultat av at han hadde opplevd lignende ting selv, ble også omtalt som positivt av deltakerne.

Hvordan nettverket forholder seg til tapet antas også å være en sentral problemstilling for mennesker i sorg. Hva som vil være god støtte fra omgivelsene er imidlertid vanskelig å måle kvalitativt, da både individuelle forskjeller og kjønnsforskjeller i sorgen vil påvirke hvordan hjelpen oppleves (Nordanger et al., 2000). Nordanger et al. (2000) viste i etterlattestudien at støtten fra nettverket ofte dabbet av når den trengtes mest, og at de etterlatte også opplevde manglende støtte fra arbeidssstedet. Ved dødfødsler og tap av små barn kan foreldre i tillegg oppleve at sorgen blir ensom fordi nettverket ikke har hatt noe forhold til barnet som døde (Eriksen, 2003). I min undersøkelse var opplevelsene av hvordan nettverket hadde forholdt seg til tapet forskjellige fra par til par. De fleste hadde likevel opplevd en eller annen form for vanskeligheter i forbindelse med dette, og det hadde åpenbart vært til hjelp at sykehuset i flere tilfeller hadde forberedt parene på hvilke reaksjoner de kunne vente seg. Mange sa at det hadde vært godt å lufte frustrasjoner rundt temaet i terapien, men hovedtendensen synes å være at dette ikke hadde vært blant de viktigste temaene for deltakerne.

Forskningens bidrag til forståelsen av etterlatte foreldres behov i sorgen

Mesteparten av forskningen på foreldres sorg etter tap av barn har blitt gjennomført måneder og år i etterkant av tapet, og det bildet vi i dag har av etterlatte foreldres sorgreaksjoner er i all hovedsak basert på retrospektive data (Dyregrov, 1990). Dyregrov (1990) understreker at slike funn følgelig vil være preget av at deltakerne er nødt til å gjøre seg antakelser og fortolkninger av det som har skjedd, og baserer seg på langtidshukommelse. Han påpeker at hukommelses- og konsentrasjonsvansker er vanlig for denne gruppen, og at dette kanskje gjør seg spesielt gjeldende i denne type studier. Man kan også forvente seg en underrapportering av vanskelige følelser som en følge av at det har gått lang tid siden tapet. Det vil kunne antas at slike forhold også kan ha gjort seg gjeldende i den undersøkelsen jeg har gjennomført.

Mange studier på dette feltet er også ”mixed-loss” studier som kombinerer tap som følge av krybbedød, perinatale og neonatale dødsfall, ulykker og sykdom (Dyregrov, 1990). Dette gjør det vanskelig å dra konklusjoner rundt hvorvidt det er forskjeller i sorgreaksjoner som følge av forskjellige typer tap. I min undersøkelse brukes perinatale tap som en relativt bred definisjon, og omstendighetene rundt de tre dødsfallene som er definert som dette er i tillegg til at undersøkelsen også inkluderer tap som følge av sykdom og ulykke ganske ulike. Dette bidrar til å komplisere det bildet som tegnes av deltakernes opplevelser, spesielt fordi et par opplevde terapien svært annerledes enn resten av deltakerne. Dette paret opplevde å miste barnet sitt som en følge av sykehussvikt, og satt følgelig igjen med en del sinne og motvilje til hjelpeapparatet generelt. De oppga at det de selv trodde de hadde hatt behov for i tiden etter tapet handlet mer om konkrete svar rundt hva det var som hadde gått galt, og om at noen skulle stå til ansvar for dette. Worden (2010) oppgir dødsfall som kunne ha vært forhindret som en viktig mediator for sorgen, og mener at slike omstendigheter kan bidra til å forlenge sorgprosessen. I noen tilfeller vil det at dødsfallet kunne ha vært forhindret bidra til skyldfølelse i forbindelse med hva man selv kunne ha gjort annerledes i situasjonen, mens det i andre tilfeller vil dreie seg om et ganske reelt behov for å klandre noen andre for dødsfallet. Hvorvidt etterlatte foreldre har behov for forskjellige former for oppfølging som følge av hva slags tapsopplevelser de har med seg bør adresseres nærmere i videre forskning, basert på større utvalg der ulike typer tapshistorier er godt representert.

Hvorvidt intervensjoner i forbindelse med sorg i det hele tatt er nødvendig, hvem som får mest nytte av det, og hvilke subgrupper som eventuelt trenger hjelpen mest er fortsatt usikkert. Behandlingsbildet for sorg har likevel endret seg i de seneste årene, fra å hovedsakelig være designet for å håndtere ett sørgende individ til å benytte seg av et bredere og mer interpersonlig perspektiv (Stroebe et al., 2008). Song, Floyd, Seltzer, Greenberg og Hong (2010) er blant de som har vist at helserelatert livskvalitet er dårligere for etterlatte foreldre. Disse fant imidlertid også at nærhet i ekteskapet tilsynelatende modererte de negative effektene av tapet. Dette er spesielt interessant fordi forskerne ikke fant noen slik forskjell hos kontrollgruppen. Selv om det ikke er mulig å si noe om retningen på denne korrelasjonen vil det på grunnlag av dette kunne argumenteres for at det å gå inn å jobbe med etterlatte foreldres parforhold kan være et viktig forebyggende tiltak som på sikt også kan vise seg å være kostnadsbesparende på samfunnsnivå. Song et al. (2010) mener at tilbud som vektlegger emosjonell støtte fra ektefeller i tiden etter tapet kan bidra til at etterlatte foreldre kan opprettholde en positiv tilpasning på langsikt.

I lys av den ulike manifestasjonen av sorgreaksjoner hos kvinner og menn har det blitt foreslått at egne tilbud som retter seg mot disse burde vurderes (Dyregrov, 1990). Når det kommer til sorg ved tap av barn og de problemstillingene som kan oppstå i kjølvannet av dette kan det imidlertid tenkes at spesialdesignede intervensjoner som retter seg mot menn og kvinner som separate grupper vil kunne bidra til at forskjellene mellom foreldrene forsterkes, og at de to kommer lengre fra hverandre i sorgen. Etter min mening vil det å tilby disse parene et forum der forskjeller i sorgreaksjoner kan adresseres i lys av hvordan disse påvirker parforholdet derimot kunne tenkes å bidra til økt forståelse for og bedre evne til å støtte den andres måte å sørge på.

Konklusjon

Fire av fem par i denne undersøkelsen har fremhevet parterapi som spesielt nyttig for deres tilpasning til tapet av et barn. Det at terapeuten gjorde bruk av selvavsløringer, både gjennom å vise følelser og reaksjoner underveis i terapien og gjennom å dele av erfaringer utenfor terapirommet, ble opplevd som å bidra til de positive utfallene av terapien. For disse parene har også parterapi vært et bedre tilbud enn det hjelpeapparatet ellers har kunnet tilby dem. Selv om dette er et lite utvalg og resultatene på ingen måte kan generaliseres til å gjelde for alle etterlatte foreldre, kan man imidlertid se noen tendenser som tyder på at dagens praksis med å henvise disse parene til sorggrupper alene kanskje ikke er bra nok. På bakgrunn av dette kan det være flere grunner til å vurdere om gjeldende praksis bør endres til at alle par som opplever å miste et barn blir henvist til familievernnet eller andre som tilbyr parterapi.

Mer forskning på hvilken effekt tilbud som retter seg mot etterlatte foreldre som par har på lang sikt er åpenbart nødvendig. Både basert på det deltakerne i min undersøkelse forteller og annen forskning jeg har referert til kan det imidlertid være grunn til å reflektere over den praksis som i dag drives i forbindelse med oppfølgingen av etterlatte foreldre.

Referanser

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

Archer, J. (2008). Theories of grief: Past, present and future perspectives. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (45-66). Washington, DC: American Psychological Association.

Bonanno, G. A., Boerner, K., & Wortman, C. B. (2008). Trajectories of grieving. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (287-308). Washington, DC: American Psychological Association.

Dyregrov, A. (1990). Parental reactions to the loss of an infant child: A review. *Scandinavian Journal of Psychology*, 31, 266-280.

Dyregrov, A. (1999). Helpful and hurtful aspects of psychological debriefing groups. *International Journal of Emergency Mental Health*, 1(3), 175-181.

Dyregrov, A. (2004). *Bør foreldre se sitt døde barn etter en dødfødsel?* Hentet fra <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2004/01/15/b-r-foreldre-se-sitt-d-de-b/index.xml>

Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43, 779-786.

Dyregrov, A. (2007). *Nærhet og seksualitet etter et barns dødsfall*. Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi.

Dyregrov, A., Mortensen, Ø., & Dyregrov, K. (2003). Evaluering av et sorgbearbeidingsprogram for etterlatte ved brå spedbarnsdød. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 40, 839-847.

Dyregrov, K., Nordanger, D., & Dyregrov, A. (2003). Predictors of psychosocial distress after suicide, SIDS and accidents. *Death Studies*, 27, 143-165.

Ekvik, S. (2002). *Ta det som en mann. Når menn og kvinner sørger forskjellig*. Verbum forlag.

Eriksen, H. (2003). Når foreldre mister barn. I: Bugge, K. E., Eriksen, H. og Sandvik, O. (red.). *Sorg* (127-149). Polen: Fagbokforlaget.

Et barn for lite – sorgstøtte. (2010). Hentet fra http://www.etbarnforlite.no/index.php?option=com_content&view=article&id=106&Itemid=31

Feliciano, L., & Areán, P. A. (2007). Mood disorders: Depressive disorders. I: Hersen, M., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (Ed.). *Adult psychopathology and diagnosis* (286-316). 5th ed. New Jersey: John Wiley & Sons.

Field, N. P. (2008). Whether to relinquish or maintain a bond with the deceased. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (113-132). Washington, DC: American Psychological Association.

Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research*. 2nd ed. London: SAGE Publications.

Hatleskog, C. E. (2008). *Når et lite barn dør – i mors liv, ved fødselen eller i sine første leveår*. Brosjyre. Landsforeningen uventet barnedød.

Johnson, S. M. (2005). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors. Strengthening attachment bonds*. New York: The Guilford Press.

Jordan, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Does grief counseling work? *Death Studies*, 27 (9), 765-786. doi: 10.1080/713842360.

Langdridge, D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). An attachment perspective on bereavement. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (87-112). Washington, DC: American Psychological Association.

Miller, S. D., Duncan, B. L., & Johnson, L. (2002). *Session Rating Scale (SRS V.3.0)*. Hentet fra <http://heartandsoulofchange.com/measures/>

Murphy, S. A. (2008). The loss of a child: Sudden death and extended illness perspectives. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (375-396). Washington, DC: American Psychological Association.

Najman, J. M., Vance, J. C., Boyle, F., Embleton, G., Forster, B., & Thearle, J. (1993). The impact of a child death on marital adjustment. *Social Science & Medicine*, 37 (8), 1005-1010.

Nordanger, D., K. Dyregrov, & A. Dyregrov (2000). *Omsorg etter krybbedød og barneulykker. Etterlattestudien*. Rapport. Bergen: Senter for Krisepsykologi.

Prigerson, H., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K. (...), Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine* 6(8): e1000121.
doi:10.1371/journal.pmed.1000121.

Prigerson, H. G., Vanderwerker, L. C., & Maciejewski, P. K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (165-186). Washington, DC: American Psychological Association.

Rubin, S. S., Malkinson, R., & Witztum, E. (2008). Clinical aspects of a DSM complicated grief diagnosis: Challenges, dilemmas and opportunities. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (187-206). Washington, DC: American Psychological Association.

Rønnestad, M. H. og von der Lippe, A. (2003). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. I: Rønnestad, M. H. og von der Lippe, A. (red.). *Det kliniske intervjuet* (23-43). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sandvik, O. (2007). *En hjelp til deg som har mistet barn*. Brosjyre. Foreningen ”Vi som har et barn for lite”.

Song, J., Floyd, f. j., Seltzer, M. M., Greenberg, J. S., & Hong. (2010). Long-term effects of child death on parents` health-related quality of life: A dyadic analysis. *Family Relations*, 59, 269-282. doi: 10.1111/j.1741-3729.2010.0061.x

Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., & Stroebe, W. (2008). Bereavement research: Contemporary perspectives. I: Stroebe, M. S., Hansson, R. O., Schut, H., and Stroebe, W. (Ed.). *Handbook of bereavement research and practice. Advances in theory and intervention* (3-25). Washington, DC: American Psychological Association.

Vance, J. C., Boyle, F. M., Najman, J. M., & Thearle, M. J. (1995). Gender differences in parental psychological distress following perinatal death or sudden infant death syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 167, 806-811.

Wachtel, P. L. (2008). *Relational theory and the practice of psychotherapy*. New York: The Guilford Press.

Wikipedia – franchise. (2011). Hentet fra <http://en.wikipedia.org/wiki/Franchise>

Wikipedia – neonatal. (2011). Hentet fra <http://en.wikipedia.org/wiki/Neonatal>

Wikipedia – perinatal. (2011). Hentet fra <http://en.wikipedia.org/wiki/Pregnancy>

Wills, R. M. (2003). Bereavement and complicated grief. I: Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (Ed.). *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relational disorders* (392-415). USA: The Guilford Press.

Worden, J. W. (2010). Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health practitioner. 4th ed. East Sussex: Routledge.

Appendiks A: Forespørsel om deltakelse og samtykkeerklæring

Forespørsel om å delta i intervju

Dette er et spørsmål til dere om å delta i en forskningsstudie for å få kunnskap om opplevelser fra den terapi som tilbys par ved [X] familievernkontor i forbindelse med å ha mistet et barn. Opplysningene fra studien vil kunne brukes til å videreutvikle behandlingstilbudet. Studien gjennomføres av psykologstudent Lise Maren Aaberg i forbindelse med hovedoppgavearbeid ved psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, og veiledes av professor Odd Arne Tjersland ved Universitetet i Oslo.

Studien tar sikte på å undersøke erfaringer og opplevelser knyttet til terapien gjennom et intervju utført av Lise Maren Aaberg på behandlingsstedet. Dere vil bli intervjuet sammen, og det settes av 90 minutter til intervjuet. Det tas lydopptak av intervjuet.

Studien vil ikke medføre noen ulemper for dere dersom dere velger å delta, og det vil ikke innhentes annen informasjon om dere enn den som kommer fram under intervjuet. Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn eller andre gjenkjennbare opplysninger. En kode knytter dere til deres opplysninger gjennom en navneliste. Intervjuer er den eneste som har tilgang til denne listen.

Materialet fra undersøkelsen vil bli publisert som hovedoppgave og vil bli gjort tilgjengelig på universitetsbiblioteket i Oslo. Alle gjenkjennelige opplysninger vil bli omskrevet og anonymisert. Prosjektet avsluttes i løpet av april 2011. Fram til dettidspunktet vil alle opplysninger oppbevares nedlåst i arkiv på familievernkontoret. Etter prosjektets slutt slettes alle intervjudata. I hele forskningsperioden har dere rett til innsyn i de opplysningene som er registrert om dere.

Det er frivillig å delta i studien. Dere har mulighet til å trekke dere når som helst underveis uten å måtte oppgi noen grunn for det. Dersom dere ønsker å trekke dere eller ikke ønsker å delta i studien vil det ikke få noen konsekvenser for dere eller for deres nåværende eller framtidige behandling ved [X] familievernkontor.

Dere gir deres samtykke til å delta i undersøkelsen ved å undertegne samtykkeerklæringen nedenfor.

Dersom dere senere skulle ønske å trekke dere, eller har spørsmål til studien, kan dere kontakte intervjuer Lise Maren Aaberg på telefon 414 09 624, eller veileder Odd Arne Tjersland på telefon 977 37 785.

Erklæring om samtykke

Vi er villige til å bli intervjuet av psykologstudent Lise Maren Aaberg om våre erfaringer og opplevelser fra den terapi vi mottar/har mottatt ved [X] familievernkontor i forbindelse med å ha mistet et barn.

Vi har mottatt skriftlig forespørsel om deltakelse med informasjon om forskningsprosjektet.

Vi er informert om at vår deltakelse i prosjektet er frivillig, at vi når som helst kan trekke oss dersom vi ønsker det, og om at de opplysninger vi gir i intervjuet vil bli behandlet konfidensielt.

Signatur

Dato

Signatur

Dato

Appendiks B: Intervjuguide terapeut. Hovedspørsmål og prober.

1. Hva er bakgrunnen for at du valgte å jobbe med dette?

- Hva tenker du at din bakgrunn med det å jobbe med par har hatt å si for dette prosjektet?
- Hva tenker du at din egen tapsopplevelse har hatt å si for dette prosjektet?

2. Hva vil du si er din teoretiske forankring?

- Er sorgbehandling noe du opplever at faller litt utenfor det vi vanligvis tilbyr i en familieterapi?

3. Kan du fortelle meg noe om hvordan du jobber?

- Hva mener du er overordnet viktig i møtet med disse parene?
- Hva er de viktigste elementene i måten du jobber med disse parene på?

4. Hva tror du klientene dine vil oppgi at har vært det viktigste for dem i løpet av terapien?

Appendiks C: Intervjuguide klienter. Hovedspørsmål og prober.

Bakgrunn

1. Dere har søkt terapi her i forbindelse med at dere har mistet et barn. Kan dere si noe om hva som skjedde?
2. Hva var det dere særlig tenkte at dere ønsket hjelp med her?
3. Hvilke forventninger hadde dere til terapien da dere kom?
4. Hadde dere mottatt noen andre tilbud i forbindelse med sorgen før dere kom hit?
 - Hvordan opplevde dere disse?
5. Hvor lenge har dere vært et par?
6. Har dere andre barn?

Om terapien

1. Hvordan opplevde dere forholdet mellom dere og terapeuten?
 - Opplevde dere at dere ble hørt, forstått og akseptert?
2. Hvordan opplevde dere mål og tema i terapien?
 - Opplevde dere at dere fikk snakket om de tingene dere ville snakke om?
 - Opplevde dere også at dere fikk jobbet med de tingene dere ønsket å jobbe med?
 - Opplevde dere at det var ting dere kunne snakke om i terapien her som det ikke har vært like lett å ta opp i andre forum?
3. Hvordan opplevde dere terapeutens tilnærming og metode
 - Følte dere at terapeutens tilnærming passet for dere?
 - Hva var det som passet/ikke passet?
 - La dere merke til om terapeuten var opptatt av å snakke om framtiden deres?
 - Vet dere om terapeuten har hatt en lignende tapsopplevelse som dere selv?
 - Snakket terapeuten noe om normale reaksjoner i forbindelse med sorg?
 - Fikk dere noen hjemmeoppgaver?
4. Om terapien generelt
 - Var det noe som var spesielt bra med terapien som helhet?
 - Var det noe som var mindre bra med terapien som helhet?
5. I hvilken grad opplevde dere at terapirommet var et trygt sted å være?

- Hvis vi skulle sett for oss en skala fra 1 til 10, hvor 1 var veldig utrygt og skremmende, og 10 var 100 % trygt og dere følte dere komfortable med å snakke om hva som helst, hvor vil dere si at merket skulle være?
 - Hva var det som gjorde at det var så høyt?
 - Hva gjorde at det ikke var 10?
6. Har terapien hatt noen innvirkning på forholdet dere i mellom?
7. Har terapien hatt betydning for forholdet til andre i familien eller til venner?
8. Hva har vært det viktigste for dere i løpet av terapien?

Appendiks D: Oppsummerende tabell for et intervju.

Erfaringer med hjelpeapparatet	
Hva med oss kurs	<i>Der fikk vi masse god undervisning, det var kanskje der vi har lært mye av (...) det med sorg og forskjellige måter og alt det der. Mor.</i>
Oppfølging fra sykehuset	<i>[Kontaktpersonen] var realitetsorienterende og klar. (...) hun har vi på en måte hatt litt kontakt med gjennom hele prosessen. Mor.</i>
Gruppe for foreldre med syke barn	<i>Og det er klart at der tar vi jo opp mange ting, men liksom sånn det å jobbe sånn konstruktivt bare med oss to som par, det er jo ikke noe som blir sånn fullt dekket andre steder tenker jeg. Mor.</i>
Tanker om hva de trengte hjelp med	
Plassere ting/rydde opp i ting	<i>Det å plassere ting liksom. Rydde opp litt i ting. Mor.</i>
Sette av tid	<i>Vi snakka jo om det at det skulle bli bra å liksom få satt av på en måte den tiden som man da setter av, og at da har man fullt fokus på det. Mor</i>
Samtalepartner	<i>Det var mer sånn, en samtalepartner om det man har opplevd og hvordan man skal leve videre med det. Far.</i>
Tanker om hvordan terapien skulle være	
Lurte på hva det var	<i>Jeg funderte litt på hvordan det skulle, om det skulle bli sånn halv-klein eller om det skulle bli, om man skulle få noe utbytte av det da. Far.</i>
Lurte på hvem det var	<i>Jeg var egentlig mest spent på på en måte bare den kjemien med [terapeuten], for jeg tenker at det er av betydning. Om man snakker så man treffer hverandre. Det er jo ikke gitt at man gjør. Mor.</i>
Relasjonen til terapeuten	
Egenskaper ved terapeuten	<i>Jeg tenker [tryggheten] har jo mye å gjøre med hans personlighet, at han er avslappa og trygg liksom, selv. Mor. Han er veldig tydelig og direkte og det er veldig veldig bra. Mor.</i>
God å snakke med	<i>Han er god å prate med, han skjønner hva vi sier og, ja, det er god kommunikasjon liksom, god kjemi. Mor.</i>
Møtt på en god måte	<i>Absolutt, veldig. Far.</i>
Tilnærming og metode	
Outcome Rating Scale	<i>Sånn sett så er de skjemaene fine da, for da krysser du av hvor du er hen før du begynner, og han tar også mye tak i det, og lurer på hvorfor er det sånn det er nå og hva er årsaken til det. Far.</i>
Perspektiver	<i>Og det tenkte jeg bare åh, egentlig ganske fantastisk, for det er en annen vinkling av det, hvordan han har det, når jeg har det så vondt. Mor.</i>

Oppsummerer	<i>Han oppsummerer eller sier hele tiden hvordan han har forstått ting, hva han liksom har hørt i sitt hode, og det er også, da vet vi at vi snakker om det samme. Far.</i>
Gir tid	<i>Også har han veldig god tid, sånn han har god tid til å vente på svar. Mor.</i>
Får bestemme selv hvor ofte de vil komme	<i>Det føles veldig bra å kunne styre det selv da. Mor.</i>
Involverer begge like mye	<i>Han lar som regel ikke en problemstilling, selv om det angår en av oss, så er det ikke bare en av oss han snakker med det om, han involverer begge i det. Far.</i>
Har opplevd det samme selv	<i>Man merker veldig godt forskjell på de som lever på en rosa sky og de som har opplevd noen tøffe tak i livet. De snakker på en helt annen måte, og har en helt annen evne til å på en måte se hva det går i. Mor. Det gir en større dybde og troverdighet. Mor.</i>
Normale reaksjoner	
Kunne det fra før	<i>Såne ting hadde vi rom for, og visste (...), så det er jo ikke såne ting som ble forløsende for oss. Mor.</i>
Framtidssnakk	
Snakket om det	<i>Da var han veldig opptatt av at vi skulle være veldig konkrete, nesten sånn hvilken farge er det på huset opplegg. Far.</i>
Opplevde det som positivt	<i>Også bare det å tenke framtid da, man blir jo ikke så veldig framtidssorientert akkurat. Far</i>
Mål og tema	
Hovedfokus er på parforholdet	<i>Også har han jo veldig fokus på parforholdet, det er jo det han er veldig opptatt av, det er det han har hovedfokus på. Mor.</i>
Rom for det de kommer med	<i>Jeg føler at han er litt sånn åpen for hvor vinden blåser hen. Mor.</i>
Snakker ikke så mye om tapet	<i>Dette er ikke et sted vi snakker veldig masse om [datter], egentlig. Og det er veldig bra, jeg tror det er kjempelurt. Nå er det på en måte oss, og det å på en måte snakke mye om henne det kan vi jo gjøre andre steder liksom. Mor.</i>
Terapien sammenlignet med andre forum	
Lettere å ta opp ting her	<i>Ja, helt klart. Begge.</i>
Mer fokus på parforholdet	<i>Det oppleves veldig viktig og veldig riktig å ha fokus på paret. Det er liksom, det er vi to som skal fortsette å leve sammen. Mor. Det er jo mange som sier noe om det, at det er veldig utfordrende for parforholdet, men man går liksom ikke i dybden. Det er jo egentlig en litt sånn privat greie da, tenker jeg. Mor.</i>
Påvirkning på relasjonen	
God effekt	<i>Det har hatt en god effekt på parforholdet, i form av kommunikasjon, og åpenhet kanskje. Far.</i>

Bedret kommunikasjon	<i>Vi har blitt flinkere til å snakke sammen, enn det vi var. (...) og sette ord på ting og sårn. Far. (...) flinkere til å kommunisere det, ved å sette ord på at man ikke har det bra og være tydelig på hva man forventer av den andre da. Mor.</i>
Påvirkning på relasjonen med andre	
Godt å lufte	<i>Jeg kan ikke si at det har fått noen konkret, at det har gjort at det har vært noen forandring. Men det er jo godt å lufte frustrasjoner likevel. Mor.</i>
Justert forventninger	<i>Å få justert noen forventninger, eller å få forventningene satt riktig. (...) Det er i hvertfall bra, det har vært bra å snakke med [terapeuten] om det. Far.</i>
Det viktigste fra terapien	
Bestemme hyppigheten selv	<i>At det er mulig å bestemme hyppigheten selv er helt ypperlig. Mor. Vi syns jo det har vært luksus å kunne gå et sånt sted så ofte som annenhver uke. Mor.</i>
Gratis	<i>Det er fantastisk at det finnes et gratis samtaletilbud for par som har mistet barn. Mor.</i>
Kjemien med terapeuten	<i>At det er god kjemi med M er helt supert, og måten han jobber på er bra. Og det at han er så tydelig og direkte er veldig bra. Mor.</i>
Parforholdet i fokus	<i>Jeg syns nettopp det at det er fokus på parforholdet, syns jeg er veldig bra. Mor</i>
Nøytral tredjepart	<i>Når man ønsker å være i et parforhold selv om det stormer og sånt så trenger man (...), ja noen utenifra som kan på en måte komme og bare veilede litt, litt forsiktig hit og dit. Mor.</i>